

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 4

### EVALUACION OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

#### 6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia **2020** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **7** compromisos con un resultado del **86%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Adecuar los expedientes conforme la directriz dada por gestión documental. *los expedientes se tienen de acuerdo a los parámetros establecidos por la norma de gestión documental no se entrega evidencia debido a la gran cantidad de expedientes* **2.** Transferir a archivo central la información conforme a lo establecido institucionalmente. *No se ha podido realizar el Traslado de expediente por cuanto gestión documental a la fecha no está recibiendo, se empezara a realizar el traslado a partir del aval dado por la oficina de gestión documental, de acuerdo a los parámetros establecidos en la tabla de retención documental.* **3.** Enviar los temas referentes a la oficina de CID para capacitar a los funcionarios del hospital. *Se realizaron todas las inducción programadas, para los estudiantes de medicina internos, correspondientes para el año 2020* **4.** Desarrollar las actividades programadas según plan de trabajo. *A la fecha no se tienen requerimientos.* **5.** Actualizar y ajustar la matriz de riesgos para la vigencia 2020 teniendo en cuenta la evaluación a la matriz del año anterior y los cambios en el proceso. *Se presentó el cuarto informe en tabla de Excel en el mes de enero* **6.** Realizar las autoevaluaciones trimestrales de las acciones propuestas en la matriz de riesgos. *Se presentó el 2 de octubre de 2020 la tabla de matriz del riesgo actualizada. Se presentó el 13 de julio de 2020, la tabla de matriz del riesgo actualizada por planeación. se presentó el 13 de abril de 2020 conforme a la directrices dadas* **7.** Realizar las acciones si hay lugar a ella, teniendo en cuenta las evaluaciones realizadas por la oficina de control interno. *Se tiene en cuenta la acción de mejora de la presentación del manejo de expediente que por la confidencialidad de los mismo no es posible entregar además de la gran cantidad de los mismo son imposible enviar dichos documentos.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **86%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Desarrollar las actividades programadas según plan de trabajo (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 1 riesgo de los cuales no está materializado reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

4

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>AUDITORÍA Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 2 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Control Interno Disciplinario en la vigencia 2020** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la panificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO:** Auditoria presentada mediante **OCI-001-2021** con fecha del **05/01/2021**.

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

#### **De acuerdo a la verificacion y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto la Hoja de vida del personal se encuentra al día con la Documentación. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

#### **De acuerdo a la verificacion y analisis de la dimension de Direccionamietno Estratégico y Planeacion**

De acuerdo con lo revisado en la parte del Direccionamiento Estratégico y Planeación No se evidencia ningún Hallazgo.

#### **De acuerdo a la verificacion y analisis de la dimension de Gestion del conocimiento y la innovaci3n**

De acuerdo con lo revisado en la parte de Gestion del conocimiento y innovaci3n No se evidencia ningún Hallazgo.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación por resultados**

De acuerdo con lo revisado en la parte de Gestión del conocimiento y innovación No se evidencia ningún Hallazgo.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar las gestiones pertinentes para realizar el Traslado de expedientes al archivo central de acuerdo a los parámetros establecidos en la tabla de retención documental socializada.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2. Desarrollar el 100% de las actividades programadas según plan de trabajo.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoría se debe:

7.3. Dimensión de Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

Finalmente se concluye que el proceso de Control Interno Disciplinario presenta cumplimiento del **91%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

**8. FECHA: Febrero de 2021**

**9. FIRMAS:**

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 4

### *EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO JURIDICA*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **15** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Organizar al recurso humano para la asistencia a las capacitaciones programadas por el área de gestión del talento humano y por parte del jefe y/o encargado de la oficina de jurídica.** Algunos miembros de la Oficina Jurídica participaron en la capacitación de Presupuesto programada por talento Humano. **2. Consolidar en documento Excel los procesos judiciales en los cuales se encuentre inmerso el hospital, de tal manera que permita revisar trazabilidad de las actuaciones.** Hasta la fecha se encuentra registrado en el cuadro de Excel todas las actuaciones concernientes a los procesos judiciales que lleva la oficina Jurídica siempre se lleva medio magnético. **3. Publicación de la contratación en el módulo contable DINAMICA.** Hasta la fecha se encuentran registrados en el sistema de información dinámica todos los contratos elaborados por el área jurídica. **4. Realizar los instructivos definidos por el área por medio del paso a paso con los actores del sistema.** Se aprobó por parte de la oficina de planeación el instructivo de seguimiento procesos judiciales GJ-IN-004. " SE APRUEBA GJ-FR-001 CERTIFICACION DE LEGALIZACION DE CONTRATOS versión 2 SE VILUALIZA EN ESTE LINK

[https://drive.google.com/file/d/12pR\\_vRBMVzmDN6XqF8VIKJqVCFrymoq/view](https://drive.google.com/file/d/12pR_vRBMVzmDN6XqF8VIKJqVCFrymoq/view). **5. Divulgar los instructivos y formatos establecidos dentro de los mismos con el personal de la oficina.** Se socializo el instructivo de seguimiento procesos judiciales GJ-IN-004. **6. Solicitar el apoyo de personal al área de gestión documental para realizar la depuración de la información del archivo, revisar documentos y realizar transferencia según tablas de retención.** Se envió correo solicitando el cronograma para realizar la transferencia documental. Se recibe contestación indicando que no hay cronograma por que la oficina de gestión documental no cuenta con espacio disponible e informa que queda para la vigencia. **7. Implementar medidas de control y seguimiento a los términos mediante alarmas electrónicas y físicas.** se realiza alarmas en el calendario de gmail . **8. Realizar revisión de la política actual y formular nueva política.** Se actualizo la política judicial se encuentra en planeación para revisión y publicación. **9. Socializar el Código de Integridad, la misión, Visión y estructura de la Organización.** Se realizó socialización del código de integridad, la misión, visión y estructura organizacional. **10. Capacitar al personal del área en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.** Se realizó socialización. **11. Actualizar el Nomograma.** Se realizó la actualización del nomograma institucional y se solicitó la publicación del mismo en la página del hospital. **12. Elaborar la matriz de riesgos de seguridad Digital del proceso.** El área de sistemas realiza copia seguridad de información diariamente

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*relacionada con el sistema de información. El área de sistemas evidencia en su libro de bitácoras el control que lleva de las copias de seguridad.***13. Elaborar la matriz de riesgos de corrupción del proceso. Se elaboró la matriz de Riesgo por procesos de la Oficina Jurídica. 14. Elaborar la matriz de riesgos de gestión del proceso jurídico. Se elaboró la matriz de Riesgo por procesos de la Oficina Jurídica. 15. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles. Se elaboró la matriz de Riesgo por procesos de la Oficina Jurídica.**

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo **2020** en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Oficina Asesora Jurídica** Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**OFICINA ASESORA JURÍDICA : Informe de Auditoria presentada mediante OCI-060-2020 con fecha del 07/09/2020**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** *No se han adelantado acciones de repetición frente a los procesos Judiciales vigentes.*

**Hallazgo:** *No se suscribió plan de mejoramiento frente a los hallazgos del informe de auditoría a la contratación de COVID-19.*

**Hallazgo:** *No se diligencian con oportunidad los indicadores del proceso suscritos en la caracterización del proceso con la oficina de planeación y calidad.*

### OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORÍA.

Es de resaltar que la Oficina Jurídica, ha mejorado desde la última visita realizada, se observó que su archivo se encuentra organizado, los contratos se tienen publicados en el SECOP II.

Se han recibido oportunamente en las fechas solicitadas las evaluaciones del POA y mapa de riesgos, a pesar de que el POA no se ha cumplido acorde a las metas.

Se recomienda que se continúe trabajando con la gerente del proyecto de DGH para la puesta en marcha del módulo de contratación.

Se recomienda avanzar oportunamente en la implementación del SIG del área en un 100% y socializar al personal.

### 7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Adelantar las acciones de

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 4

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

repetición frente a los procesos Judiciales vigentes.

7.2 Suscribir el plan de mejoramiento frente a los hallazgos del informe de auditoría a la contratación de COVID-19.

7.3 Diligenciar con oportunidad los indicadores del proceso suscritos en la caracterización del proceso con la oficina de planeación y calidad.

### Observaciones Adicionales

Se recomienda que se continúe trabajando con la gerente del proyecto de DGH para la puesta en marcha del módulo de contratación.

Se recomienda avanzar oportunamente en la implementación del SIG del área en un 100% y socializar al personal.

Finalmente se concluye que el proceso de Oficina Asesora Jurídica presenta cumplimiento del **100%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. FECHA: Febrero de 2021

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 8	

### ***EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO OFICINA PLANEACIÓN Y CALIDAD***

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia **2020** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** compromisos con un resultado del **85%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

**1. Elaborar los estudios de crecimiento del Hospital.** *Se establecieron alternativas de operación de la sede el Limonar y se presentó a la Junta Directiva Se desarrolló el estudio de mercado para la elaboración del estudio de vulnerabilidad sísmica y reforzamiento estructural. Se elaboró cuadro comparativo de propuestas presentadas, base para el análisis de conveniencia y determinación del presupuesto oficial Se elaboró versión preliminar de plan de ordenamiento y ubicación de los servicios de la sede la Francia y el Limonar Se articuló el modelo y se ajustó el plan bienal de inversiones con los ajustes de los proyectos para las dos sedes.*

**2. Implementación de los módulos de gestión de Calidad.** *Se realizó reunión con la ingeniera representante de DHG y con la Ingeniera referente de programación del Hospital, para establecer y concertar esta referenciación, la cual determino que el único Hospital que en el momento tenía solicitudes de desarrollo del módulo de calidad es el Hospital de Duitama, sin embargo hace más de 2 años que no solicitan ningún soporte técnico, La Ingeniera solicita referenciación, sin embargo a 31 de Diciembre de 2020 no se ha obtenido respuesta de parte de dicha Institución. Teniendo en cuenta que el módulo de calidad es primordial para el seguimiento y la ejecución de las actividades del SOGCSS, y que al no tener respuesta de la operatividad del módulo DHG, se continuara la operatividad del mismo desde el seguimiento en los formatos prediseñados por la Oficina en los que se realiza la valoración del indicador y la operatividad de los planes de mejoramiento con los responsables de los procesos. No se realiza parametrización del módulo teniendo en cuenta que no se tiene referenciación y que el modulo no garantiza en la actualidad una herramienta confiable para el seguimiento y la operación de las actividades del SOGCSS.*

**3. Desarrollo de proyectos de inversión.** *Se ajustaron y presentaron los proyectos de: radioterapia, unidad diagnostica de la mujer, resonancia y hemodinamia, traslado y adecuación de la central de esterilización, actualización tecnológica del servicio de imágenes diagnosticas ante el Departamento del Tolima, ampliación de la oferta de hospitalización y cuidado intensivo para la atención de Covid en el quinto piso, implementación del servicio de resonancia magnética, fortalecimiento de los servicios de mediana y alta complejidad, reposición de equipos de Uci Francia, Reposición de equipo de la UCIN, proyecto de central de residuos y ampliación de la oferta de hospitalización y cuidado intensivo para la atención de Covid 19 en el sexto piso, ante la SST y el Ministerio de Salud y Protección Social.*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 8	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Se desarrollaron los servicios de unidad diagnóstica de la mujer, unidad de hemodinamia, unidades de cuidado intensivos y hospitalización para la atención del Covid 19 en la sede el Limonar, así como la apertura del servicio de urgencias Covid 19 en el Limonar

**4. Implementar el Modelo integrado de Planeación y Gestión.** *Se realizó el cargué del Furag 2019 (II etapa) en el mes de febrero de 2020.*

*Se elaboró el plan de acción de la vigencia con los planes de trabajo, el cual fue ajustado conforme a los resultados del FURAG 2019.*

*Se realizaron auto evaluaciones trimestrales del plan de acción.*

*Se elaboraron y aprobaron los planes de gestión del gerente y Plan de Desarrollo para la vigencia 2020 – 2023. Se elaboró el cronograma de comités y se realizó seguimiento a los mismos. Se ha realizado la Edición de los documentos que ingresan a la oficina de planeación y calidad teniendo en cuenta el PC-PR-007 Procedimiento para la elaboración de documentos del MIPG. Y fueron revisados metodológicamente para su proceso de APROBACION. Se revisaron y aprobaron todos los planes requeridos por el Decreto 612 de 2018 y se publicaron en el link de transparencia y acceso a la información pública.*

*<http://www.hflleras.gov.co/transparencia-y-acceso-informacion-publica>*

*Adicionalmente se han revisado paulatinamente los documentos enviados por las áreas para revisión.*

*Se han realizado las actualizaciones y APROBACION de documentos de todas las áreas asistenciales, los cuales se han publicado en la INTRANET a través del Modelo integrado de gestión. En el listado de publicaciones de intranet se encuentran 725 documentos aprobados.*

*Elaboración y evaluación del Plan Anticorrupción, Rendición de Cuentas y Racionalización de trámites.*

*Se realizó en la plataforma del SUIT, el monitoreo correspondiente al 2019.*

*Entre otras actividades.*

*Ciudadano PAAC, con seguimientos cuatrimestrales conforme a la norma.*

*Se realizó el respectivo monitoreo en el aplicativo del SUIT, en el que se describió lo realizado en materia de la racionalización del trámite de laboratorio clínico*

*Se programó y se desarrolló la audiencia pública de rendición de cuentas, se elaboraron los respectivos informes y publicaron posteriormente.*

*Se elaboró la política de comunicación y se ejecutó el plan de comunicaciones, con sus respectivos seguimientos.*

*Consolidación y validación de los informes de producción de los servicios asistenciales.*

*Se desarrolló el cargue mensual de los indicadores Fénix en el aplicativo de la super Intendencia Nacional de Salud, hasta el mes de Julio, pero se continuo realizando el seguimiento a los mismos.*

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 3 de 8

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**5. Cumplir con los estándares de Habilitación.** *Se elaboraron los 24 instrumentos del proceso de autoevaluación de los servicios habilitados en el REPS del Hospital Federico Lleras Acosta teniendo en cuenta la nueva reglamentación de la Resolución 3100 de 2019 Se llevó a cabo socialización de los instrumentos de Habilitación, así como la manera de diligenciarlos, se enviaron a los correos electrónicos de los Líderes de los procesos para su correspondiente diligenciamiento.*

*Se consolidó la información para el resultado del proceso de autoevaluación*

*Se realizó la respectiva auditoria de los procesos frente a los resultados del proceso de autoevaluación. Se elaboró el plan de mejoramiento para el periodo teniendo en cuenta el plan de mejoramiento de la Normatividad vigente y se realiza la consolidación para los criterios de Habilitación de la Resolución 3100 de tal manera que una vez en rigor la nueva normatividad, se inicie con un plan de mejoramiento que contemple los requerimientos que trae dicha norma. La entrada del Nuevo programa se realizara a partir de Noviembre de 2020 Se realizan informes de seguimiento en comité Directivo para el seguimiento de los indicadores de Habilitación por cada trimestre y se da soporte con las certificaciones mensuales del indicador de Habilitación para el seguimiento del indicador de Habilitación mes a mes*

**6. Continuar con la implementación del PAMEC.** *Dando cumplimiento al plan de trabajo definido inicialmente, durante el año 2020 -2023 se realizaron las etapas de Autoevaluación, Selección de los procesos a mejorar, Priorización de los procesos seleccionados, Definición de calidad esperada, elaboración y ejecución de planes de mejoramiento. Es así como se logra una ejecución de 100% de la ruta crítica y del 95 % de las acciones priorizadas.*

**7. % de cumplimiento reporte sistema de información para la calidad.** *Se realizó el seguimiento y reporte de los informes del sistema de información para la calidad.*

**8. Implementar el Modelo Estándar de Control Interno conforme al MIPG.** *Se ajustó el Manual Técnico del MECI, en las versiones 2 y 3 en el año 2020. Se realizó evaluación al sistema con un porcentaje de cumplimiento del 80%*

**9. Implementar el sistema de gestión del riesgo.** *Se socializó el procedimiento de gestión del riesgo y manual de gestión del riesgo. Se construyeron los mapas de riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, se realizaron los seguimientos trimestrales y se generaron los informes correspondientes.*

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 8

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **90%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones y/o Actividades sin cumplimiento del 100% como:

- 1) Evaluar la conveniencia de la operación del módulo de calidad del sistema (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2) Continuar de parametrizar el modulo conforme a las ultimas directriz entregada por el proveedor en lo relacionado con los criterios vs comités (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 3) Actualizar el manual del sistema conforme a MIPG (Con un **80%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 4) Revisión funcionamiento Comité de Gestión y Desempeño (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 5) Realizar el seguimiento al funcionamiento de comités (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 6) Cargue mensual de los indicadores Fenix en el aplicativo de la súper Intendencia Nacional de Salud. (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 7) Actualizar instrumentos de autoevaluación de estándares de acreditación conforme a la Resolución 5095 de 2018 (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1) (Con un **72%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 8) Condensar y hacer seguimiento a las evidencias de la ejecución del plan de mejoramiento. (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 9) Liderar la implementación del plan de comunicaciones. (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 8

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **5** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Visita de Auditoria a la Oficina de Planeación y calidad presentada mediante **OCI-084-2020** con fecha del **19/11/2020**

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

De acuerdo con la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación se tienen los siguientes hallazgos:

**Hallazgo:** Las acciones suscritas del POA no se cumplen con oportunidad, no se evidencian soportes de 11 acciones y algunas de estas no autoevalúan ni se especifica el por qué no se cumplió.

**Recomendación:** se recomienda que, al suscribir los planes del proceso, se suscriban con metas que se puedan cumplir oportunamente, además se recomienda que en las autoevaluaciones del proceso se especifique por qué no se cumplen con las actividades.

**Hallazgo:** Los documentos existentes para el desarrollo de las actividades del proceso se encuentran aprobados, pero el 38,4% (30 documentos) se encuentran desactualizados con fechas de 2015 a 2017.

**Recomendación:** de acuerdo con recomendaciones los documentos del área deben actualizarse como mínimo cada 2 años, toda vez que estos hacen parte del conocimiento de la institución.

**Hallazgo:** no se recibe información con oportunidad por parte del área de planeación pese a las reiteraciones de la Oficina de Control Interno mediante correo electrónico.

De acuerdo con la verificación y análisis de la dimensión de Control Interno se tienen los siguientes hallazgos:

**Hallazgo:** los planes de mejoramiento externos suscritos no se evalúan con oportunidad, no se evidencian avances de las acciones de mejora ni soportes de estas.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>FUNDACIÓN</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1950 - 2010</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 6 de 8	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**Recomendación:** *cumplir con oportunidad con las acciones de mejora suscritas en los planes de mejoramiento.*

### OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORÍA.

Se han recibido oportunamente en las fechas solicitadas las evaluaciones del POA y Mapa de Riesgos, a pesar de que el POA no se ha cumplido acorde a las metas.

Se recomienda avanzar oportunamente en la implementación del SIG del área en un 100% y socializar al personal.

#### 7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar el 15% faltante de las acciones en los compromisos pendientes para el cumplimiento total de estos.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2. Evaluar la conveniencia de la operación del módulo de calidad del sistema.

7.3. Continuar con la parametrización del módulo conforme a las últimas directrices entregada por el proveedor en lo relacionado con los criterios vs comités.

7.4. Realizar las acciones correspondientes al 20% faltante en la actualización del manual del sistema conforme a MIPG.

7.5. Realizar la revisión del funcionamiento del Comité de Gestión y Desempeño.

7.6. Realizar las acciones faltantes correspondientes al 50% del seguimiento al funcionamiento de comités.

7.7. Realizar las acciones faltantes correspondientes al 50% para realizar el cargue mensual de los indicadores Fenix en el aplicativo de la súper Intendencia Nacional de Salud.

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 7 de 8

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.8. Realizar las acciones faltantes correspondientes al 28% en la actualización de los instrumentos de autoevaluación de estándares de acreditación conforme a la Resolución 5095 de 2018 (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1).

7.9. Realizar las acciones faltantes correspondientes al 50% de condesar y hacer el seguimiento a las evidencias de la ejecución del plan de mejoramiento.

7.10. Realizar las acciones faltantes correspondientes al 50% para Liderar la implementación del plan de comunicaciones.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.11. Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Cumplir con oportunidad las acciones suscritas del POA, con presentación de evidencias, autoevaluadas y explicación de su no cumplimiento.

Los documentos del área deben actualizarse como mínimo cada 2 años, toda vez que estos hacen parte del conocimiento de la institución.

Remitir la información solicitada por la oficina de Control Interno con oportunidad por parte del área de planeación.

7.12. Dimensión de Control Interno: Cumplir con oportunidad con las acciones de mejora suscritas en los planes de mejoramiento.

Observaciones Adicionales:

7.13. Realizar las acciones pertinentes para el cumplimiento del POA acorde a las metas.

7.14. Se recomienda avanzar oportunamente en la implementación del SIG del área en un 100% y socializar al personal.

# EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 8 de 8

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Finalmente se concluye que la **Oficina Planeación y Calidad** presenta cumplimiento del **92.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. **FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 7

### *EVALUACION PROCESO INTERNACIÓN MÉDICA*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia **2020** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **34** compromisos con un resultado del **91%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Revisión y actualización de los documentos con fecha de última versión 2015 o menos. *Se realizó la actualización de 13 documentos correspondientes al proceso de internación médica con fecha de última versión 2015 o menos, los cuales fueron aprobados y publicados en intranet.* **2.** Aplicar las tablas de retención para realizar las transferencias. *Se realizó la actualización de las tablas de retención documental por parte del área de Gestión documental, se está en espera de realizar la transferencia y eliminación documental una vez el área responsable informe capacidad de recibir el archivo* **3.** Hacer seguimiento diario a las estancias en el servicio de internación médica. *Diariamente los auditores concurrentes envían reporte de casos con hallazgos que puedan generar glosa, e igualmente cada mes envían informe sobre hallazgos donde se identifican estancias prolongadas y se hace seguimiento a casos difíciles.* **4.** Realizar auditoria a los registros de las historias clínicas de los servicios de internación médica. *Se realiza seguimiento diario por parte de auditoria concurrente a los pacientes hospitalizados que incluye la revisión de historias clínicas y se realiza la retroalimentación de hallazgos.* **5.** Evaluar periódicamente en Comité interdisciplinario las causas de glosas para tomar las acciones necesarias de mejora en las diferentes áreas involucradas. *Se realizan reuniones con las EPS para revisión de casos. Igualmente reunión con grupos de especialistas para socializar informe de causas de glosa en busca de acciones de mejora para disminuir estos hallazgos. Así mismo comités de gestión compartida con Medimás para identificación de dificultades, además retroalimentación por parte de auditores de causas frecuentes de glosa las cuales se socializan al personal.* **6.** Implementación del modelo de acuerdo al plan de trabajo para la implementación del modelo integrado de Planeación y gestión. *Se adjuntan correos con la entrega de los certificados del curso MIPG y solicitud de nivel introductorio a todos los funcionarios adscritos a la ufim* **7.** Documentar procedimientos, Instructivos, formatos de la Unidad Funcional. *Se evidencia avance de la documentación de la Unidad Funcional de Internación Médica a 31 de Diciembre es de 84,23% evidenciando incremento a lo largo del año progresivo aunque lento debido al enfoque de los esfuerzos hacia COVID. Se adjunta informe de listado maestro de documentos MIPG institucional.* **8.** Socializar los documentos al personal y ejecutar su implementación. *Se efectuó socialización de los documentos institucionales actualizados y aquellos existentes considerados prioritarios como relacionados con atención ginecobstetrica, COVID, reconciliación medicamentosa, violencia sexual, programa de optimizacion de antibióticos. Se realiza mediante correos electrónicos pues la socialización se ha realizado mediante herramientas virtuales dada la pandemia.*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 7	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*Igualmente se ha enviado mediante chat de whatsapp invitaciones a capacitaciones realizadas por la SST y la SSM de Ibagué teniendo en cuenta que corresponden a temáticas de aplicación institucional. 9. Socializar el código de integridad de la Institución al personal de UF. En el segundo trimestre se compartió por correo electrónico el video institucional del código de integridad y se evidenció su apropiación en el video del día del funcionario público 10. Socializar el Plan de Capacitación para el personal de la Unidad. En el primer trimestre se hizo la Socialización del Plan Institucional de Capacitación 2020 mediante correo electrónico. 11. Socializar el Plan de Bienestar e incentivos. en la pagina del hospital está publicada versión 2020 pendiente de aprobación <http://www.hflleras.gov.co/sites/default/files/hflleras/sites/default/files/images/Transparencia-acceso-a-informacion-publica/6-1-4%20Plan%20de%20Accion/Progama%20de%20Bienestar%20Social%20e%20Incentivos%20%202020.pdf>. A 31 de diciembre aún no se encuentra versión aprobada del plan de incentivos 2020 por lo cual no se realizó socialización. 12. Socializar el POA de la Unidad Funcional. En el segundo trimestre se comparte el POA con la evaluación del primer trimestre y la evaluación parcial del segundo trimestre. 13. Cumplimiento del plan de mejoramiento instaurado para garantizar la implementación del PAMEC en la Institución. Se realizó priorización de procesos y plan de mejoramiento con base en acreditación. Se realiza seguimiento al desarrollo del plan de mejoramiento de acreditación estándares de Atención al Cliente Asistencial con un cumplimiento a 31 de Diciembre de 2020 del 100% 14. Realizar la autoevaluación de los estándares de Habilitación bajo lo establecido en la Resolución 0031 de 2019. En el mes de febrero se realizó la autoevaluación en habilitación con base en la resolución 3100 de 2019, la cual fue enviada a planeación y calidad en espera de retroalimentación. 15. Diseñar el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de habilitación según la autoevaluación realizada. Durante la vigencia 2020 no se documentó plan de mejoramiento con base en autoevaluación de habilitación de acuerdo a instrucción de la Oficina de Calidad. Se realizará la documentación en 2021 una vez se surta la nueva autoevaluación. 16. Evaluar periódicamente el plan de mejoramiento. Dado que no se documentó plan de mejora, no es posible iniciar su ejecución. 17. Realizar la autoevaluación de los estándares de Acreditación. Los estándares de evaluación asignados en grupo corresponden a PACAS siendo 72 estándares que fueron evaluados por enfoque, implementación y resultados. Posteriormente se identificaron las fortalezas, soportes a las fortalezas y oportunidades de mejora, se seleccionaron los procesos a mejora, se priorizaron por riesgo, costo y volumen y se está en el paso 4 definiendo indicadores, calidad esperada y valor cuantitativo. 18. Diseñar el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de Acreditación según la autoevaluación realizada. Se elaboró plan de mejoramiento de acreditación para grupo de estándares de Atención al Cliente Asistencial. 19. Evaluar periódicamente el plan de mejoramiento. Se realiza seguimiento al desarrollo del plan de mejoramiento de acreditación estándares de Atención al Cliente*

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 3 de 7

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*Asistencial con un cumplimiento a 31 de Diciembre de 2020 del 100% 20. Elaborar el informe de los indicadores de obligatorio reporte por parte del servicio de Internación Médica, con el respectivo análisis. Se realiza medición de indicadores del proceso en forma mensual. 21. Ejecución y medición de los controles establecidos para el área. En el tercer trimestre se recibió visita de auditoría de control interno el 28 de septiembre, no se ha recibido informe definitivo de los hallazgos por lo cual no se ha establecido plan de mejoramiento. 22. Elaborar el mapa de riesgos de seguridad Digital del proceso. se documenta el mapa de riesgos elaborado y aprobado por la OAPC. 23. Elaborar el mapa de riesgos de corrupción del proceso. Se documenta el mapa de riesgos de corrupción del proceso elaborado y aprobado por la OAPC. 24. Elaborar el mapa de riesgos de gestión del proceso. Se documenta el mapa de riesgos de gestión del proceso administrativo elaborado y aprobado por la OAPC. 25. Elaborar el plan de fortalecer los controles del área. En el primer cuatrimestre se elaboró el plan de evaluación de controles y se remitió a la OAPC 26. Evaluación periódicamente la matriz de riesgos. Se realiza evaluación de mapa de riesgos cada trimestre y se remite a OAPC y control interno. 27. Seguimiento por auditoría concurrente de las estancias hospitalarias mayores de 5 días. Se adjunta informe de auditoría concurrente de tercer trimestre donde se han identificado estancias prolongadas y se ha realizado seguimiento a los casos difíciles. 28. Seguimiento por auditoría concurrente de la oportunidad y cancelación quirúrgica de los pacientes en internación médica. Se adjunta informe de auditoría concurrente de tercer trimestre donde se han identificado estancias prolongadas y se ha realizado seguimiento a los casos difíciles. 29. Seguimiento por auditoría concurrente de las ayudas diagnósticas y terapéuticas internas y externas solicitadas en los pacientes de internación médica. Se adjunta informe de auditoría concurrente de tercer trimestre donde se han identificado estancias prolongadas y se ha realizado seguimiento a los casos difíciles. 30. Comunicación con las EAPB con las cuales se tiene relación contractual para revisar, analizar y resolver las estancias prolongadas. Se adjuntan correos de trámites con las EAPB por medio de auditoría concurrente 31. Análisis mensual de los casos reportados como eventos adversos presentados en los servicios de internación médica. En actas del comité de seguridad del paciente se evidencia participación de la unidad funcional y el comportamiento de los eventos adversos en los servicios de internación médica. 32. Análisis mensual de los casos reportados de infecciones intrahospitalarias presentados en los servicios de internación médica. En actas del comité de infecciones se evidencia participación de la unidad funcional y se presentó comportamiento de los infecciones asociadas a la atención en salud en los servicios de internación médica. 33. Seguimiento mensual al reporte con ficha de análisis de mortalidad del 100% de las muertes hospitalarias. Durante el año se realizaron las reuniones de comité programadas para análisis de mortalidad institucional y se enviaron las actas de reuniones realizadas. 34. Mensualmente medición de adherencia a guías prioritarias de acuerdo a listas de chequeo aprobadas. Se realizó verificación de adherencia a guías prioritarias de maternidad y*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 7	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*algunas otras guías según programación establecida. Se evidencia una adherencia con un acumulado en el año de 97%*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **93%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que hay cumplimiento de las acciones con un 100%.

- 1.) **Socializar el Plan de Bienestar e incentivos** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2.) **Diseñar el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de habilitación según la autoevaluación realizada** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 3.) **Evaluar periódicamente el plan de mejoramiento.** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **3** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Internación Médica** Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 7

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**INTERNACIÓN MÉDICA** : Auditoria presentada mediante **OCI-091-2020** con fecha del **17/12/2020**

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación y Gestión de conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** la unidad funcional de internación médica, cuenta con 6 documentos del SIG sin aprobar en estado "NO REPORTA"

Se recomienda avanzar oportunamente en la implementación del SIG del área en un 100% y socializar al personal.

Se recomienda que la Unidad Funcional de Internación Medica avance en estrategias y documentos que establezcan control sobre las IAAS.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Control Interno se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** Durante los inventarios de los carros de paro ubicados en la Unidad Funcional de Internación médica, se evidencian diferencias significativas de faltantes y sobrantes, lo cual refleja falta de control en los stocks de los mismos.

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 6 de 7

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

### 7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar la transferencia y eliminación documental una vez el área responsable informe capacidad de recibir el archivo.

7.2. Continuar con la documentación de la Unidad Funcional de Internación Médica.

7.3. Realizar la socialización del Plan de Bienestar e incentivos una vez sea aprobada.

7.4. Realizar la documentación para el cumplimiento de los estándares de habilitación una vez se surta la autoevaluación.

7.4. Realizar plan de mejoramiento una vez se reciba informe de hallazgos de control interno sobre la ejecución y medición de los controles establecidos para el área.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.5. Realizar el 100% faltante de la socialización del Plan de Bienestar e Incentivos.

7.6. Realizar el 100% faltante del diseño del plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de habilitación según la autoevaluación realizada.

7.7. Realizar el 100% faltante de la evaluación periódica del plan de mejoramiento

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.8. Dimensión de Talento Humano: Se recomienda Inscribir la totalidad del personal asistencial en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1164 de 2007.

7.9. Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación y Gestión de conocimiento y la innovación: Se recomienda avanzar oportunamente en la implementación del SIG del área en un 100% y socializar al personal.

Se recomienda que la Unidad Funcional de Internación Medica avance en estrategias y documentos que establezcan control sobre las IAAS.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Unidad de Salud</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 7 de 7	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.10. Dimensión de Control Interno: Se recomienda en los inventarios de los carros de paro ubicados en la Unidad Funcional de Internación médica encontrar las diferencias significativas de faltantes y sobrantes al realizar mayor control en los stocks de los mismos.

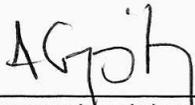
*Durante los inventarios de los carros de paro ubicados en la Unidad Funcional de Internación médica, se evidencian diferencias significativas de faltantes y sobrantes, lo cual refleja falta de control en los stocks de los mismos.*

Finalmente se concluye que el proceso de Internación Médica presenta cumplimiento del **95%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. FECHA: **Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 6

### *EVALUACION UNIDAD FUNCIONAL QUIRURGICOS*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **40** compromisos con un resultado del **84%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Gestionar el soporte logístico (equipos para el área de Programación).** *Por motivos de pandemia los equipos que hemos requerido fueron distribuidos en otras áreas de mayor urgencia.* **2. Revisión e implementación del módulo de Programación quirúrgica.** *Se inició el trabajo del módulo de programación y para finalizar este se está pendiente que el serviciofarmaceutco termine de detallar el cobro de medicamentos, dispositivos en la historia electrónica.* **3. Validación de la información generada por el sistema.** *Se posterga por pandemia.* **4. Parametrizar en el sistema de información los requerimientos necesarios para garantizar el reporte fiable de los indicadores de obligatorio.** *Se iniciaron pruebas en el mes de octubre.* **5. Verificación de la auditoria de los informes quirúrgicos y glosa prefectura de las mismas.** *Auditoria concurrente Dr. Romero.* **6. Retroalimentación a Auditoria de informes quirúrgicos.** *Auditoria concurrente Dr. Romero.* **7. Retroalimentación de glosas y causas por especialidad.** *Para el año 2021 se anexara el reporte de glosas al servicio quirúrgico.* **8. Medición del tiempo ocioso de las salas.** *Lista de seguimientos tiempos por salas.* **9. franjas flexibles según la demanda de cada especialidad.** **10. Informar mensualmente la producción del quirófano y analizar el comportamiento y tomar las medidas correctivas correspondientes cuando haya inconsistencias.** **11. Socializar los documentos al personal de la unidad funcional y ejecutar su implementación.** **12. Realizar medición de adherencia a los manuales, protocolos y guías.** *Por pandemia se retoma en el 2021.* **13. Verificación de la adherencia a manual de procedimientos en cirugía.** *Por pandemia se retoma en el 2021.* **14. Verificación del cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo.** **15. Realizar la autoevaluación de los estándares de Habilitación bajo lo establecido en la Resolución 0031 de 2019.** *Centrado en Oficina de Planeación y Calidad. En el mes de julio se hará una nueva visita de habilitación al área.* **16. Diseñar y evaluar periódicamente el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de habilitación según la autoevaluación realizada.** *Centrado en Oficina de Planeación y Calidad.* **17. Solicitar la instalación y funcionamiento de sistema de control de ingreso al quirófano y timbre.** *Por pandemia se retoma en el 2021.* **18. Seguimiento del proyecto de construcción y dotación del área con avances mensuales.** *Por pandemia se retoma en el 2021.* **19. Realizar la autoevaluación de los estándares de Acreditación.** *Centrado en Oficina de Planeación y Calidad.* **20. Diseñar y evaluar periódicamente el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de Acreditación según la autoevaluación realizada.** *Centrado en Oficina de Planeación y Calidad.* **21. Informar**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**mensualmente con el análisis respectivo del comportamiento de los indicadores de obligatorio reporte. 22. Realizar reuniones bimestrales del comité de calidad del servicio. 23. Verificar los componentes del sistema MECI en la unidad funcional. Por pandemia solo se realiza una reunión. 24. Ejecución y medición de los controles establecidos para el área. 25. Elaborar el mapa de riesgos de seguridad Digital del proceso. Sistemas. 26. Elaborar el mapa de riesgos de corrupción del proceso .27. Elaborar el mapa de riesgos de corrupción del proceso. 28. Elaborar el mapa de riesgos de gestión del proceso. 29. Elaborar el plan de fortalecer los controles del área. 30. Evaluación periódicamente la matriz de riesgos. Evaluado a Diciembre 31/2020. 31. Reportar y analizar el índice de cancelación de cirugías. 32. Plantear y ejecutar acciones de mejora para corregir las causas de cancelación. 33. Medir y analizar la oportunidad quirúrgica del paciente ambulatorio. 34. Medir la oportunidad real de programación del paciente hospitalizado.35. Plantear acciones de mejora para mejorar la oportunidad quirúrgica tanto hospitalaria como ambulatoria. 36. Verificar el cumplimiento del plan de mejora. No se han generado ya que se trabaja sobre la marcha. 37. Análisis de los eventos adversos reportados por el área. Con enfermera del Programa de Paciente Seguro 38. Análisis de infecciones reportadas por el área. Comité de Infecciones e Instrumentadora asignada. 39. Socialización del manual de procedimientos en cirugía. Retoma en el 2021. 40. Verificación mensual de la adherencia al manual de buenas prácticas de esterilización.**

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **72%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) **Gestionar el soporte logístico (equipos para el área de Programación)** (Con un **90%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2) **Revisión e implementación del módulo de Programación quirúrgica** (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 3) **Validación de la información generada por el sistema** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 4) **Parametrizar en el sistema de información los requerimientos necesarios para garantizar el reporte fiable de los indicadores de obligatorio** (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 5) **Socializar los documentos al personal de la unidad funcional y ejecutar su implementación** (Con un **8%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 3 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

- 6) **Realizar medición de adherencia a los manuales, protocolos y guías** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 7) **Verificación de la adherencia a manual de procedimientos en cirugía** (Con un **8%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 8) **Solicitar la instalación y funcionamiento de sistema de control de ingreso al quirófano y timbre** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 9) **Seguimiento del proyecto de construcción y dotación del área con avances mensuales** (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 10) **Diseñar y evaluar periódicamente el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de Acreditación según la autoevaluación realizada** (Con un **67%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 11) **Realizar reuniones bimestrales del comité de calidad del servicio** (Con un **83%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 12) **Verificar los componentes del sistema MECI en la unidad funcional** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 13) **Socialización del manual de procedimientos en cirugía** (Con un **33%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **5** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Para la vigencia **2020** No se realizó visita al área de Quirúrgicos Se programó para el mes de **Febrero de 2021** el cual se realizó la visita y se encuentra pendiente la ejecución de Informe de Auditoría.

### 7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Gestionar los equipos requeridos que por la pandemia fueron asignados a otras áreas de mayor urgencia del hospital.

7.2. Solicitar a servicio farmacéutico la terminación de detallar el cobro de medicamentos, dispositivos en la historia electrónica para culminar el trabajo del módulo de programación en la

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

revisión e implementación del módulo de programación quirúrgica.

7.3. Realizar la validación de la información generada por el sistema, la cual fue postergada por la pandemia.

7.4. Anexar el reporte de glosas al servicio quirúrgico.

7.5. Retomar la medición de adherencia a los manuales, protocolos y guías debido a la suspensión en el año 2020 por la pandemia.

7.6. Retomar la verificación de la adherencia a manual de procedimiento en cirugía debido a la suspensión en el año 2020 por la pandemia.

7.7. Solicitar la instalación y funcionamiento de sistema de control de ingreso al quirófano y timbre no realizado en el año 2020 por la pandemia.

7.8. Retomar el seguimiento del proyecto de construcción y dotación del área con avances mensuales, suspendido por pandemia.

7.9. Realizar las reuniones faltantes para verificar los componentes del sistema MECI en la unidad funcional puesto que debido a la pandemia solo se realizó una reunión.

7.10. Verificar el cumplimiento del plan de mejora, el que no se han generado ya que se trabaja sobre la marcha.

7.11. Retomar socialización del manual de procedimientos en cirugía, debido a suspensión en el año por la pandemia.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.12. Realizar el 10% de las actividades faltantes para gestionar el soporte logístico (equipos para el área de Programación).

7.13. Realizar el 25% faltante de las actividades para la revisión e implementación del módulo de Programación quirúrgica.

7.14. Realizar el 50% faltante de las actividades para la validación de la información generada por el sistema.

7.15. Realizar el 25% faltante de la parametrización en el sistema de información de los requerimientos necesarios para garantizar el reporte fiable de los indicadores obligatorios.

7.16. Realizar el 92% faltante de las acciones para la socialización de los documentos al personal de la unidad funcional y ejecutar su implementación.

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.17. Realizar medición de adherencia a los manuales, protocolos y guías.

7.18. Realizar el 92% faltante de la verificación de la adherencia al manual de procedimientos en cirugía.

7.19. Realizar el 50% faltante de las actividades para la solicitud de la instalación y puesta en funcionamiento del sistema de control de ingreso al quirófano y timbre.

7.20. Realizar el 25% faltante del seguimiento del proyecto de construcción y dotación del área con avances mensuales.

7.21. Realizar el 33% faltante de las actividades para diseñar y evaluar periódicamente el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de Acreditación según la autoevaluación realizada.

7.22. Realizar el 17% faltante de las reuniones bimestrales del comité de calidad del servicio.

7.23. Realizar el 50% de las actividades para verificar los componentes del sistema MECI en la unidad funcional.

7.24. Realizar el 67% faltante de las actividades para la socialización del manual de procedimientos en cirugía.

Finalmente se concluye que el proceso **Unidad Funcional Quirúrgicos** presenta cumplimiento del **89.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

8. **FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

Jefe Oficina de Control Interno

Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 3

### *EVALUACION UNIDAD FUNCIONAL SERVICIOS AMBULATORIOS*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **23** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Auditar y hacer seguimiento al proceso de toma de imágenes diagnósticas y posterior registro en la historia clínica.** Informe de auditoría del cuarto trimestre 2020, y tablas de trazabilidad de los estudios realizados en Imagenología, en dinámica. **2. Revisar periódicamente en conjunto con el encargado de costos, el comportamiento de estos en los servicios ambulatorios.** Informe de costos e informe presentado a la subgerencia científica de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2020. **3. Capacitar al personal en el MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION.** En junio se realizó capacitación de refuerzo, Se programa capacitaciones para el personal MIPG, por grupos para el segundo semestre de 2020, anexo cronograma. **4. Desarrollar la política gestión estratégica de talento humano mediante la concertación de compromisos del personal a cargo.** Documentos en pdf de los compromisos pactados con los evaluados. **5. Desarrollar la política de integridad.** Se programa capacitaciones para el personal del código de integridad, por grupos para el segundo semestre de 2020, anexo cronograma igual a la evidencia N° 3. **6. Desarrollar la política de planeación institucional.** Documento socialización POA GSAAA. **7. Desarrollar la política de fortalecimiento institucional y simplificación de procesos.** Informe de agendas asignadas de consulta especializada en el IV TRIMESTRE DE 2020 y análisis del comportamiento de la asignación de agendas. **8. Desarrollar la política de atención al ciudadano.** Control de las respuestas de las quejas presentadas SOPORTE: pantallazo de las respuestas en el correo institucional. **9. Desarrollar el normograma del Grupo de Servicios Ambulatorios y Apoyo a la atención.** Normograma entregado calidad y jurídica (INTRANET). **10. Desarrollar la política de control interno.** POA evaluado a 31 de diciembre de 2020 y el soporte del envío a la oficina de Control Interno. **11. Realizar la autoevaluación de los estándares de Habilitación bajo lo establecido en la Resolución 3100 DE 2019.** Autoevaluación para la habilitación. **12. Diseñar el plan mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de habilitación según la autoevaluación realizada.** Plan o Actividades de mejoramiento del proceso de autoevaluación para la habilitación, a la fecha se ha realizado dos reuniones el comité directivo y el área de calidad, para planes de mejora, proyectos de infraestructura y equipos. **13. Evaluar periódicamente el plan de mejoramiento.** Seguimiento y Evaluación plan de mejoramiento o actividades de mejoramiento relacionadas con el grupo de servicios ambulatorios. **14. Participar en la autoevaluación de los estándares de Acreditación asistenciales.** Autoevaluación para la acreditación según el área

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*asignada al grupo perteneciente (Talento Humano).* **15. Diseñar y evaluar periódicamente el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de Acreditación según la autoevaluación realizada. Plan o Actividades de mejoramiento que se origine del proceso de autoevaluación para la Acreditación.** **16. Elaborar el informe de los indicadores de obligatorio reporte por parte del servicio, con el respectivo análisis. Entrega TSA PC-FR-012 -4-5-6, FORMATO SPAF-68(octubre, noviembre y diciembre 2020), informe de gestión, producción de mamografías y colposcopias, reporte de la 257 de la vigencia 2020.** **17. Ejecución y medición de los controles establecidos para el área. Seguimiento a los puntos de control para los servicios del área.** **18. Elaborar la matriz de riesgos de seguridad Digital del proceso. Impresión de pantalla que evidencia la elaboración y envío de la matriz de riesgos de seguridad digital.** **19. Elaborar la matriz de riesgos de corrupción del proceso administrativo. Impresión de pantalla que evidencia la elaboración y envío de la matriz de riesgos de corrupción.** **20. Elaborar la matriz de riesgos de gestión del proceso administrativo. Impresión de pantalla que evidencia la elaboración y envío de la matriz de riesgos de gestión.** **21. Elaborar el plan de fortalecimiento de los controles del área. Plan de mejoramiento de los controles del área.** **22. Evaluación periódicamente la matriz de riesgos. Matriz de riesgos de gestión evaluada a DICIEMBRE de 2020.** **23. Realizar Seguimiento a la oportunidad de las especialidades. Documento en EXCEL TSA PC-FR-012 de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2020.**

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020.

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 4 riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Para la vigencia **2020** No se realizó visita al área de Ambulatorios ( Consulta Externa, Imagenología, Gastroenterología, Oncología) ya que por razones en cambio de Coordinación de la Unidad Funcional 2 veces razón por la cual **No** se efectuó la visita en las fechas programadas, por lo cual se encuentra con fecha de visita nuevamente para el mes de Febrero de **2021**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>	
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

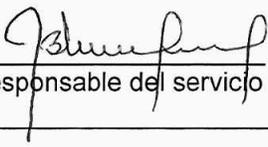
**7.1** Por pleno cumplimiento de los compromisos, POA y no haberse realizado auditoría al proceso de la Unidad Funcional Servicios Ambulatorios no se realiza por parte de la oficina de Control Interno recomendaciones de mejoramiento.

Finalmente se concluye que el proceso **Unidad Funcional Servicios Grupo Ambulatorios** presenta cumplimiento del **100%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

**8. FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 4

### *EVALUACION UNIDAD FUNCIONAL GRUPO SERVICIOS APOYO ATENCIÓN*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia **2020** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** compromisos con un resultado del **99%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Auditoria a la calidad de la información de la HC en los servicios DE APOYO A LA ATENCIÓN. *Los líderes de los Servicios de Apoyo a la Atención cuentan con los soportes de las auditorías realizadas a los reportes generados en la historia Clínica DGH.* **2.** Revisar las bases de distribución y tasas predeterminadas, analizar el resultado de estos y realizar los ajustes pertinentes. *Se revisó con la Profesional Universitaria de Costos los centros de costos de los 4 servicios: Laboratorio de Patología, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Rehabilitación realizando la corrección de algunas inconsistencias encontrada.* **3.** Capacitar al personal en el MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION. *Se llevó acabo la capacitación de MIPG al talento humano del Grupo de Servicios de Apoyo a la Atención por reunión virtual liderada por el Jefe de la Oficina de Control Interno del Hospital* **4.** Socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación. *Se cumplió con el 92% de lo programado en el cronograma debido a que en el mes de diciembre no se realizó reunión.* **5.** Participar en la autoevaluación de los estándares de Acreditación asistenciales. *Se cumplió con el 100% de los estándares asignados a nuestro equipo de trabajo (grupo PACAS). Soportes Oficina Planeación y Calidad* **6.** Generar mensualmente los indicadores de calidad. *Los indicadores de cada servicio fueron enviados mensualmente a la Oficina de Planeación y calidad y analizados en comité asistencial para acciones de mejora continua* **7.** Participar en la elaboración de la matriz de riesgos de corrupción del proceso administrativo. *Se participó activamente en la elaboración de las diferentes matrices.* **8.** Evaluación periódicamente la matriz de riesgos. *Se envió trimestralmente la autoevaluación de las matrices a la Oficina de Control Interno* **9.** Realizar campañas extramuros de donación de sangre y promoción telefónica de la base de datos de donantes potenciales. *En el último trimestre este indicadores, en octubre de 98,79% , noviembre de 98,47% y diciembre de 99,05% de 2020* **10.** Seguimiento constante a las PQRS remitidas a los diferentes servicios. *Durante el año se dio respuesta a todas las PQRS enviadas a los servicios.* **11.** Aplicación del procedimiento de asignación de claves y cancelación de permisos. *Se mantiene comunicación continua con sistemas y la coordinación de Medfri para la creación de las claves del Talento humano que ingresa*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **99%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 2 de 4

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

1.) Documentos presentados (Con un **79%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

2). Actas de socialización a los servicios asistenciales y admón (Con un **90%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

3). Informe de avance del plan (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 4 riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Para la vigencia **2020** se realizó la visita de auditoría al Proceso de **Unidad Funcional Grupo Servicios Apoyo a la Atención** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoría fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorías y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorías.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa. *Auditoría presentada mediante **OCI-042-2020** con fecha del **10/07/2020***

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

### Hallazgos y recomendaciones de la Auditoría.

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto la Hoja de vida de personal se encuentra al día con la Documentación del funcionario. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación**

De acuerdo con lo revisado en la parte del Direccionamiento Estratégico y Planeación No se evidencia ningún Hallazgo.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación de Resultados**

En cuanto a la Evaluación de Resultados NO se encuentran Hallazgos ya que se realizó la respectiva Evaluación por la Dependencia el cual arroja un porcentaje del cumplimiento del **98.0%** .

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital, de las áreas de Patología y Laboratorio Clínico ya que no se encuentran publicadas.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de gestión del conocimiento y la innovación**

No se encontraron Hallazgos

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Culminar la socialización de documentos al personal del HFLLA y su Implementación

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>FEDERACIÓN Federica Lleras ACUSEA</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

e acuerdo a lo programado en el cronograma establecido.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2. Presentar el 21% faltante de documentos.

7.3. Realizar el 10% faltante de socialización de los documentos a los servicios asistenciales y a la administración.

7.4. Realizar el 25% faltante del informe de avance del plan.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.5. Dimensión de Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.6. Dimensión de Información y Comunicación: realizar la publicación del Normograma en la Página del Hospital, de las áreas de Patología y Laboratorio Clínico ya que no se encuentran publicadas.

Finalmente se concluye que el proceso **Unidad Funcional Grupo Servicios Apoyo a la atención** presenta cumplimiento del **99.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. FECHA: **Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 6

### EVALUACION PROCESO GESTIÓN CLÍNICA

#### 6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **23** compromisos con un resultado del **99%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Realizar autoevaluación de estándares de habilitación por servicio en los aspectos relacionados con Gestión Clínica para identificar posibles incumplimientos. *En el primer trimestre de 2020 se envió a Oficina de Calidad autoevaluación de estándares relacionados con Gestión Clínica* **2.** Elaborar y ejecutar plan de mejoramiento frente a hallazgos resultantes de la autoevaluación. *Se documentó el plan de mejoramiento con los soportes respectivos y se envía adjunto evaluación a cuarto trimestre con porcentaje de cumplimiento a la fecha de 96%* **3.** Realizar autoevaluación de estándares de Acreditación correspondientes al área de Gestión Clínica conforme a la Resolución 5095 de 2018 (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1). *En el primer trimestre se hizo la autoevaluación de estándares de acreditación de atención a cliente asistencial siendo esta información consolidada por la coordinadora de Gestión clínica* **4.** Formular plan de mejoramiento con base en hallazgos de autoevaluación de acreditación y de medición inicial de desempeño de los procesos priorizados. En el tercer trimestre se envió el plan de mejoramiento por parte de la OAPC. *Dentro de las actividades de los equipos de acreditación se ha participado en el seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas.* **5.** Ejecutar el plan de mejoramiento formulado con base en hallazgos de autoevaluación de acreditación y de medición inicial de desempeño de los procesos priorizados en lo que corresponde al área de Gestión Clínica y remitir evidencias mensualmente a OAPC. *Se adjunta el plan de mejoramiento culminado y enviado a la OAPC con los soportes de cada actividad proyectada cumpliendo al 100%* **6.** Construir tablero de mando de indicadores que unifique la información que se genera y se reporta por parte de la institución. *Mes a mes se construyen y analizan los indicadores, se generan acciones de sostenibilidad y/o mejoramiento según los resultados obtenidos, se remiten a la OAPC. Allí se está elaborando herramienta tecnológica unificada como tablero de mando de indicadores para diligenciamiento y análisis oportuno de cada área. Se adjunta herramienta en elaboración a la fecha con el diligenciamiento al mes de noviembre de 2020.* **7.** Consolidar, analizar, validar y generar mensualmente los indicadores de calidad, realizando los reportes a las Entidades de Vigilancia y Control. *Se realiza el envío por parte de Gestión Clínica, componente de Vigilancia Epidemiológica mensualmente de informe de indicadores de calidad a entes de control y EAPB. En el cuarto trimestre se adjuntan correos enviados de los datos reportados y analizados correspondiente a octubre y noviembre 2020.* **8.** Elaborar el mapa de riesgos de seguridad digital, corrupción y gestión del Grupo de Gestión Clínica. *Se adjunta matriz de riesgos consolidada de Gestión clínica (incluye riesgos de seguridad digital, gestión y corrupción)*

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 2 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

con los soportes a las acciones contenidas. **9.** Realizar seguimiento trimestral a los riesgos y evaluación de los controles. Se adjunta evaluación al cuarto trimestre 2020. **10.** Realizar las acciones de mejora al sistema de gestión del riesgo cuando se presenten. Se hace seguimiento continuo a los riesgos identificados sin que a la fecha se haya materializado alguno por lo cual las acciones de mejora implementadas han sido preventivas. Se evidencia en la evaluación de controles y en el seguimiento a las matrices de riesgo. **11.** Realizar actualización del programa de seguridad del paciente institucional ajustándolo a lo requerido por el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Se cuenta con el documento GC-PG-004-PROGRAMA-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-V2 actualizado en abril de 2020 que incluye 15 prácticas seguras, publicado en intranet <http://hflleras.gov.co/intranet/images/sig/Epidemiologia/GC-PG-004-PROGRAMA-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-V2CC.pdf> se requiere actualizar y documentar cada una de las 15 practicas en instructivos o protocolos segun la complejidad, incluyendo listas de chequeo para la medición de adherencia. **12.** Elaborar y Ejecutar el Plan de trabajo del Programa de Seguridad del Paciente. Durante el cuarto trimestre se evidencia cumplimiento del 88% del plan de trabajo del comité, pues dado que se continúa reforzando la contingencia ante COVID-19 no se han podido realizar algunas actividades planeadas; se concluyó la medición del clima de seguridad del paciente y la revisión de las estrategias del programa de seguridad del paciente. **13.** Realizar el reporte y análisis de eventos adversos. Se realiza reporte mensual de eventos adversos e incidentes con seguimiento a indicador de gestión de eventos adversos - Se anexa el seguimiento a los indicadores mensuales con su respectivo análisis. **14.** Realizar socialización - Despliegue de la política de Seguridad del paciente mediante actividades dirigidas a todos los colaboradores de la organización, la cobertura debe ser superior al 90% de la población hospitalaria. Se concluyó al encuesta de clima de seguridad con una cobertura de 945 funcionarios, socializando a su vez la política de seguridad del paciente 30 de noviembre de 2020. Se adjunta informe y acta de comité. **15.** Elaborar y Ejecutar el Plan de trabajo del Programa de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Se documentó plan de trabajo y se evalúa al cuarto trimestre obteniendo cumplimiento por encima del 95%, y el promedio de cumplimiento para el año 2020 es del 96%. Se adjunta plan de trabajo evaluado. **16.** Realizar el reporte y análisis de indicadores de infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Se realiza reporte mensual de infecciones asociadas a la atención en salud con seguimiento a indicador de IAAS - Se anexa el seguimiento al indicador mensual con su respectivo análisis. **17.** Realizar socialización - Despliegue del programa de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud mediante actividades dirigidas a todos los colaboradores de la organización, la cobertura debe ser superior al 90% de la población hospitalaria a quienes apliquen las estrategias. Se han hecho capacitaciones por todos los servicios en: Higiene de manos incluye técnica y 5 momentos; Medidas preventivas para ira; Limpieza y desinfección de áreas y superficies;

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 3 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*Precauciones de aislamientos; Uso de epp ( colocación y retiro); limpieza y desinfección de incubadoras y equipos de ucin, lactario: generalidades, áreas, equipos, proceso de limpieza y desinfección, medidas preventivas para infección respiratoria asociada a ventilación mecánica, limpieza y desinfección como estrategia de prevención de iaas en el servicio de imagenología, central de esterilización: prevención y control de iaas, bioseguridad, limpieza y desinfección, controles de esterilización, bundles: estrategias para prevención de iaas, medidas preventivas para infección sintomática del tracto urinario asociadas a catéter urinario, medidas preventivas para infección del torrente sanguíneo asociadas a catéter central, limpieza y desinfección de la unidad del paciente, limpieza y desinfección de la ambulancias. Las temáticas ha arrojado cobertura promedio de 97,2%. 18. Elaborar y ejecutar plan de Capacitación a los servicios a asistenciales sobre lineamientos y Protocolos del SIVIGILA. Se evalúa el plan de trabajo al cuarto trimestre enviado a la OAPC con los indicadores de cumplimiento respectivos. Se realizó capacitación en protocolos de dengue, infección respiratoria aguda con énfasis en COVID-19 de acuerdo al comportamiento de la pandemia, así como en morbilidad materna extrema. El plan de trabajo cumple en 97% al cuarto trimestre y al cierre del año 2020 con 97%. se adjunta matriz de evaluación. 19. Realizar las reuniones periódicas del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) para el análisis y seguimiento de los eventos de Salud Pública de acuerdo al cronograma establecido. En el cuarto trimestre se realizaron dos reuniones: en octubre y en diciembre, según el cronograma establecido. Se adjuntan actas como evidencia. 20. Operativizar el Comité de Humanización para ejecutar el Programa de Humanización institucional de acuerdo a cronograma establecido. Como parte de las acciones contenidas en el pamec, específicamente en el grupo de estándares pacas, se aprobó el plan de trabajo con indicadores al 30 de noviembre de 2020 para el año 2021, para lo cual se llevaron a cabo reuniones durante los viernes del año en acompañamiento de la OAPC. 21. Elaborar y Ejecutar el Plan de trabajo del Programa de Humanización. Como parte de las acciones contenidas en el pamec, específicamente en el grupo de estándares pacas, se aprobó el plan de trabajo con indicadores al 30 de noviembre de 2020 para el año 2021, para lo cual se llevaron a cabo reuniones durante los viernes del año en acompañamiento de la OAPC. 22. Elaborar y Ejecutar el Plan de trabajo de Auditoría para verificación de adherencia a guías institucionales. Se realizó por parte de auditoría concurrente la evaluación de guías consideradas prioritarias en atención a binomio madre hijo y que son reportadas a supersalud mes a mes así como el seguimiento a indicador de cumplimiento. Adicionalmente se hizo revisión de la totalidad de pacientes positivos hospitalizado en uci verificando el cumplimiento de las guías de INS. 23. Realizar retroalimentación de hallazgos de la auditoria para verificación de adherencia a guías y formulación y seguimiento a planes de mejora si aplica. Se realiza por parte de auditoría concurrente la evaluación de guías consideradas prioritarias en atención a binomio madre hijo y que son reportadas a supersalud mes a mes así como el seguimiento a indicador de cumplimiento. Adicionalmente se hizo revisión de la totalidad*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*de pacientes positivos hospitalizado en uci verificando el cumplimiento de las guías de INS.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **99%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Elaborar y Ejecutar el Plan de trabajo del Programa de Seguridad del Paciente. (Con un **90%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 4 riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Para la vigencia 2020 se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Gestión Clínica** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa. *Auditoria presentada mediante **OCl-059-2020** con fecha del **31/08/2020***

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

### **Hallazgos y recomendaciones de la Auditoria.**

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto la Hoja de vida de personal se encuentra al día con la Documentación de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

No se evidencia ningún Hallazgo.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeación**

De acuerdo con lo revisado en la parte del Direccionamiento Estratégico y Planeación No se evidencia ningún Hallazgo.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimension de Evaluación de Resultados**

En cuanto a la Evaluación de Resultados NO se encuentran Hallazgos ya que se realizó la respectiva Evaluación por la Dependencia en su momento al área de (Vigilancia Epidemiológica infecciones y Estadística) el cual arroja un porcentaje del cumplimiento del **100%**

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimension de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página web del Hospital ya que no se encuentran publicadas hasta el momento.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimension de gestión del conocimiento y la innovación**

No se encontraron Hallazgos

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Eberes Alcorta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 6 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

1. Elaborar y ejecutar plan de mejoramiento frente a hallazgos resultantes de la autoevaluación soportada en el 96%.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

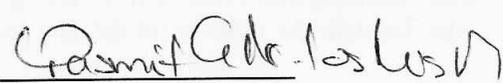
1. Elaborar y Ejecutar el 10% faltante del Plan de trabajo del Programa de Seguridad del Paciente.

Finalmente se concluye que el proceso **Gestión Clínica** presenta cumplimiento del **99 %** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. FECHA: **Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 5

### *EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO SERVICIO FARMACÉUTICO*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **15** compromisos con un resultado del **81%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

**1. Realizar actividades encaminadas a la proyección de la central de mezclas en el hospital. Concluir viabilidad financiera para concluir términos de negociación.** *Único proponente con propuesta presentado trimestre III A la espera de instrucción de Gerencia para consecución del proyecto.*

**2. Llevar a cabo todas las actividades de revisión y aprobación de documentación del proceso, implementación, calificación. Solicitar visita para obtención de certificación en Gases Medicinales.** *Finalización de labores de revisión de documentación, A la espera de cambios en equipos, para continuación de validaciones y solicitud de visita al INVIMA para certificación.*

**3. Autoevaluación del Servicio Farmacéutico con los requisitos por Resolución 3100 del 2019.** *Autoevaluación realizada y enviada a la OAPC. Anexo Plan de mejoramiento PAMEC Plan de mejoramiento cumplido.*

**4. Cumplimiento plan de mejora autoevaluación del Servicio Farmacéutico con los requisitos por Resolución 3100 del 2019.** *Continuación de la labor de mejora con base en autoevaluación de estándar de tecnologías Anexo Plan de mejoramiento finalizado manual de gestión de tecnologías.*

**5. Acciones encaminadas al cumplimiento del PAMEC institucional. Participación en el grupo de autoevaluación del estándar de tecnología en el PAMEC institucional.** *Anexo Plan de mejoramiento finalizado cumplimiento del 100%.*

**6. Cumplimiento de indicadores del Servicio Farmacéutico.** *Seguimiento a indicadores Servicio Farmacéutico realizado, pendiente modificaciones por nueva vigencia.*

**7. Implementación de estrategias tecnológicas para el control de entrega de medicamentos NOPBS.** *Software desarrollado, elaboración de documentación final en proceso por modificaciones finales de auditoría pendiente por contratación de ingeniero de sistemas.*

**8. Implementación de estrategias tecnológicas para el reporte de entrega de medicamentos NO PBS.** *Proyecto de NO PBS para el control de tecnologías no financiadas por UPC de la mano de los desarrollos tecnológicos realizados por el área de tecnologías de la información finalizado. Pendiente documentación con modificaciones finales. Redefinición de metas para siguiente vigencia.*

**9. Garantizar stock mínimo (tiempos de respuesta en requerimientos).** *Oportunidad en el acceso de medicamentos anual. Incremento del 30% de la capacidad de acceso con respecto al 2019. Línea base 2019 40 ítems nuevos.*

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 2 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**10. Garantizar stock mínimo (tiempos de respuesta).** *Actividades realizadas durante primer semestre (Seguimiento al alistamiento) No se desarrollan actividades encaminadas al cumplimiento de este objetivo durante el periodo debido a reubicación de personal asignado a la tarea por gerencia.*

**11. Evaluación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas contractualmente por los proveedores.** *Seguimiento a proveedores realizado mes a mes con evidencias enviadas en informes trimestrales.*

**12. Análisis de casos especiales de Eventos Adversos.** *No se desarrollan actividades encaminadas al cumplimiento de este objetivo durante el periodo*

**13. Adherencia institucional al PROA Nacional.** *Seguimiento comité de antibióticos. Mejora continua en la depuración de datos. Anexo comités de ab. Capacitaciones proveedores.*

**14. Capacitaciones al Personal asistencial en temas de interés y actualidad en cuanto a tecnologías farmacéuticas.** *Durante los 3 primeros trimestres se desarrollan actividades de capacitación en actualizaciones normativas y uso de medicamentos a personal asistencial y dispensadores del servicio farmacéutico en materia de NO PBS.*

**15. Fortalecer de los programas de tecno y fármaco vigilancia.** *No se desarrollan actividades encaminadas al cumplimiento de este objetivo durante el periodo*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo **2020** en el **70%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.) **Realizar actividades encaminadas a la proyección de la central de mezclas en el hospital. Concluir viabilidad financiera para concluir términos de negociación.** (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2.) **Llevar a cabo todas las actividades de revisión y aprobación de documentación del proceso, implementación, calificación.** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 3.) **Garantizar stock mínimo (tiempos de respuesta)** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 4.) **Análisis de casos especiales de Eventos Adversos.** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 5.) **Capacitaciones al Personal asistencial en temas de interés y actualidad en cuanto a tecnologías farmacéuticas** (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Seguridad y Calidad</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.) Fortalecer de los programas de tecno y fármaco vigilancia (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).**

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **3** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Servicio Farmacéutico** Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**SERVICIO FARMACÉUTICO:** Se realizó Auditoria por parte de la **Oficina de Control Interno** con fecha del **20/10/2020** realizando lista de Chequeo al Proceso y quedando pendiente los respectivos soportes para generar el Informe de Auditoria, posteriormente no se recibieron los soportes en la fecha estimada por parte del proceso del Servicio Farmacéutico por lo cual **NO** se presentó Informe de Auditoria por parte de la Oficina de Control Interno. Se programa mediante el Plan de Auditorias visita de Auditoria para la Vigencia **2021**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

**7.1** Realizar validaciones de equipos y solicitud de visita al INVIMA para certificación de gases medicinales.

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.2. Gestionar asignación de Ingeniero de sistemas y realizar la documentación con modificaciones finales y redefinición de metas para siguiente vigencia en la implementación de estrategias tecnológicas para el reporte de entrega de medicamentos NO PBS.

7.3. Realizar actividades para garantizar stock mínimo (tiempo de repuesta).

7.4. Realizar actividades para el análisis de casos especiales de eventos adversos.

7.5. Realizar actividades para el cumplimiento del fortalecimiento de los programas de tecno y fármaco vigilancia.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.6. Realizar las actividades faltantes correspondientes a 25%, encaminadas a la proyección de la central de mezclas en el hospital, conclusión de viabilidad financiera para concluir términos de negociación.

7.7. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para la revisión y aprobación de documentación del proceso, implementación y calificación.

7.8. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 50% para garantizar stock mínimo (tiempo de respuesta).

7.9. Realizar el análisis de casos especiales de eventos adversos.

7.10. Realizar las actividades faltantes correspondientes al 25% de capacitaciones al personal asistencial en temas de interés y actualidad en cuanto a tecnologías farmacéuticas.

7.11. Realizar las actividades faltantes correspondiente al 50% para el fortalecimiento de los programas de tecno y fármaco vigilancia.

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Finalmente se concluye que el proceso de Servicio Farmacéutico presenta cumplimiento del **84.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. FECHA: **Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 4

### EVALUACION GRUPO DE ENFERMERIA

#### 6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia **2020** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **16** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Revisión y ajuste de los documentos de enfermería incluidos en dinámica. *protocolo actualizado cadena de custodia, actualizaciones de registros en dinámica. Videos educativos.* **2.** Auditoría concurrente de los registros de Enfermería de los servicios de internación, apoyo a la atención, quirúrgicos y urgencias. *Informe de auditoría de registros de medicamentos e insumos por servicios.* **3.** auditoría concurrente de los pedidos y consumos de elementos medico quirúrgicos (consumibles no facturables) de los servicios. *Validación, aprobación o negación de pedidos de consumibles de los servicios semanal.* **4.** implementar el control de activos de los servicios por medio de la verificación de los libros de servicios, implementar la hoja de traslado y préstamo de equipos. *Procedimiento socializado de revisión de inventarios en carro de paro, inventarios de servicios, control de inventarios de bodegas de carro de paro servicios.* **5.** Diseñar el Plan de necesidades de Capacitación para el Personal de Enfermería. *Plan de capacitación* **6.** Diseñar y ejecutar cronograma de capacitación para el personal de enfermería, basado en competencias e incluir temas de humanización. Implementación plataforma classroom para socialización, evaluación del personal de enfermería **7.** Realizar jornadas de sensibilización y capacitación en Humanización para el personal de Enfermería. *Capacitación derechos y deberes actualización de principios y valores institucionales, reglamento interno.* **8.** Realizar jornadas de socialización del Reglamento Interno del Hospital para el personal de Enfermería. *Capacitación de meci y socialización reglamento interno.* **9.** Favorecer la participación como ponentes del personal de Enfermería en eventos académicos. Facilitar la participación de enfermería en eventos académicos por evento. Solicitud de entrenamiento específico en canguro intrahospitalario. **10.** Definir el Plan de Prácticas para los Pasantes de Enfermería en los servicios del hospital. *Plan de prácticas de escuelas de formación y universidades para prácticas formativas y pasantías. gestión de plazas rurales para enfermería.* **11.** Realizar la Proyección del Personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería para ajuste de la Planta del Hospital (supernumerarios, temporales). *Proyección de personal para servicios nuevos, contratación de personal ops para prestar servicios en limonar.* **12.** Verificar adherencia de los protocolos y guías por parte del personal de Enfermería. *Socialización guías, examen de conocimientos, listas de chequeo de principales procedimientos de enfermería.* **13.** Documentar los protocolos y documentos propios del sistema. **CADENA DE CUSTODIA.** **14.** Autoevaluación de los estándares de acreditación según diferentes grupos establecidos por calidad. *planes de mejoramiento y tareas varias de pamec.* **15** Socializar el MECI al personal de Enfermería.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*Socialización meci en inducción y reinducción. 16. Socializar los Protocolos propios del grupo de enfermería y otros afines al personal de Enfermería y otros según las necesidades de la institución. Socialización protocolos de enfermería.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre DE 2020.

**6.3** En el Mapa de Riesgos el Grupo **NO** Presenta información.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al **Grupo de Enfermería** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la panificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**GRUPO DE ENFERMERIA:** Auditoria presentada mediante **OCI-085-2020** con fecha del **27/11/2020**.

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

**De acuerdo a la verificacion y analisis de la dimensión de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

**De acuerdo a la verificacion y analisis de la dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeación**

No se encontraron Hallazgos

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>OFICINA Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión con valores para el resultado**

No se encontraron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requerian.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión de Conocimiento y la Innovación**

No se encontraron Hallazgos

***De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.***

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1. Dimensión de Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.2. Dimensión de Información y Comunicaciones: Se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que requieran.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Llerenas Acosta</b> <small>Capitán de Corbeta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.3. Dimensión de Evaluación y Seguimiento: Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

Finalmente se concluye que el Grupo de Enfermería presenta cumplimiento del **100%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

**8. FECHA: Febrero de 2021**

**9. FIRMAS:**

\_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 5

### ***EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO DE SISTEMA ATENCIÓN AL USUARIO***

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **14** compromisos con un resultado del **81%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Realizar el autodiagnóstico del MIPG en los siguientes componentes. Servicio al ciudadano, Trámites, Participación ciudadana y rendición de Cuentas. Se cuenta con la autoevaluación del MIPG vigencia 2020. 2. Ajustar el manual de funciones de Atención al usuario y Trabajo social (Procedimientos e Instructivos) de acuerdo a los planes de mejoramiento de MIPG. Ajustar y revisar los documentos del proceso de atención al Usuario: Inconsistencias Administrativas, manual de Atención Al Usuario, Plan participación Ciudadana, Procedimiento PQRS e Instructivo Abandono social. 3. Implementar el programa de capacitación del Talento humano enfocado al desarrollo de las competencias y humanización de la atención. El equipo asiste a capacitaciones de humanización. 4. Implementar el sistema integrado de gestión. Se ajusta la adherencia dado que se hace a revisión y actualización de la documentación para proceder a implementar las listas de chequeo y así poder medir la adherencia. 5. Consolidar el Sistema integrado de gestión y realizar las auditorías para el mejoramiento continuo del mismo. Se tiene el formato PCR-012- indicadores de satisfacción global con un promedio de 97.22 % con un total de 4609 encuestas. 6. Desarrollar las acciones del plan de mejoramiento PAMEC. Se hace la consolidación de la información de manera mensual de los informes de pqrs y satisfacción global desagregada por servicios. Porcentaje de socialización de la muestra en lo que respecta a la divulgación en derechos y deberes, no se tiene el recurso disponible, por lo que se debe revisar desde el área de enfermería lo pertinente. 7. Reportar los indicadores mensualmente correspondientes a atención al usuario. Presentar informe mensual de los indicadores de satisfacción. 8. Socializar direccionamiento estratégico de la institución. Reunión de trabajo para revisar procesos con coordinador de gestión clínica y urgencias, así como organigrama institucional. 9. Elaborar el mapa de riesgos del proceso de atención al usuario y Trabajo Social. Monitoreo y evaluación del mapa de riesgos durante los 4 trimestres del año 2020 .Se elabora y se hace el respectivo seguimiento de los planes de mejoramiento del proceso derivados de las PQRS con la responsabilidad de los coordinadores o líderes de los servicios en ejecutar las acciones encaminadas hacia el mejoramiento; el otro direccionado a los hallazgos de las auditorías internas y externas del proceso de atención al usuario. (Reporte de quejas y encuestas de satisfacción en cada uno de los servicios). 10. Elaborar el plan de Participación social y ciudadana. Se tiene el plan de acción de participación social que es el insumo para poder elaborar el plan de participación social y ciudadana. 11. Implementar el programa de humanización en la institución. Programa de humanización elaborado, con plan de acción e indicadores. 12. Medir y mejorar la percepción del usuario frente a la prestación de los servicios de salud. Informe mensual de indicadores. 13. Diligenciamiento de formato de actividades de trabajo social. Se tiene implementado informe donde se hace el consolidado de cada una de las trabajadoras sociales de cada uno de los servicios acompañamiento a egresos, orientaciones y trámites administrativos, reubicación de pacientes en abandono social de manera mensual. 14. Informe mensual de las gestiones de las PQRS gestionadas en la vigencia**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**2020 con un total de 404.** Se tiene información de manera mensual de la PQRS de las quejas interpuestas, se revisa la información dada y se redirección a las áreas para los respectivos planes de mejoramiento.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **87%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1). Organizar el recurso humano para garantizar la asistencia a las capacitaciones programadas para el desarrollo del plan de capacitación.**

**Humanización**

**participación ciudadana**

**Derechos en salud, pqrs y temas en salud mental.** (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**2). Implementación de la adherencia de la documentación del proceso de atención al usuario y Trabajo social, estudio social, inconsistencias administrativas, instructivo aplicación de en cuentas y apertura de buzones, procedimiento PQRS** (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**3). Con los grupos de trabajo de las áreas socializar código de Integridad** (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**4). Ejecutar y evaluar el plan de participación ciudadana** (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**5). Ajustar y revisar los documentos del proceso de atención al Usuario:** (Con un 60% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6). Implementar el mecanismo de la caracterización de los usuarios y grupos de valor.** (Con un 30% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**7). Elaborar en conjunto con los servicios afectados los planes de mejoramiento evidenciando las acciones correctivas y de mejora.** (Con un 50% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **5** riesgos de los cuales se encontraron **2** Riesgos Materializados el cual equivales un **40%** y **3** que no están materializados reflejando en su información el **60%** de cumplimiento.

Los Riesgos Materializados fueron :

- Incumplimiento en la respuesta de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias dentro

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>OFICINA</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Organismo de Control Interno</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

de los términos establecidos por la Normatividad legal Vigente.

- Respuesta de Interconsulta de Trabajo social de forma inoportuna afectando la gestión del proceso de facturación.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Sistema Atención al Usuario** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**Sistema Atención al Usuario** : Auditoria presentada mediante **OCI-094-2020** con fecha del **30/12/2020**

#### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestión con valores para el resultado**

**Hallazgos:** Se encontraron según revisado informe en cuanto al seguimiento de las **PQRSD III TRIMESTRE DE 2020**, Por lo anterior debe realizar el respectivo Plan de mejoramiento según informe.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

<p><b>De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de <u>Información y Comunicación</u></b></p> <p>No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requerian.</p> <p>En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital.</p> <p><b><i>De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de <u>Evaluación y seguimiento.</u></i></b>  Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.</p>
<p><b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b></p> <p>Para el pleno cumplimiento de los compromisos de acuerdo al POA se deben de realizar las siguientes actividades :</p> <p>7.1 Realizar las acciones faltantes correspondientes al 25% en el desarrollo del plan de capacitación.</p> <p>7.2 Elaborar en un 100% la Implementación de la adherencia de la documentación del proceso de atención al usuario y Trabajo social, estudio social, inconsistencias administrativas, instructivo aplicación de en cuentas y apertura de buzones y procedimiento PQRS.</p> <p>7.3 Ejecutar acciones para el cumplimiento del 50% restante en la socialización del código de integridad.</p> <p>7.4 Desarrollar en un 100 % el plan de participación ciudadana.</p> <p>7.5 Hacer las acciones requeridas equivalentes al 40% en la ejecución y revisión de los documentos del proceso de atención al Usuario.</p> <p>7.6 Efectuar las labores pertinentes correspondientes a un 70% en la Implementación de los mecanismos de la caracterización de los usuarios y grupos de valor.</p> <p>7.7 Elaborar las acciones faltantes en un 50% de los planes de mejoramiento que evidencien las acciones correctivas y de mejora.</p> <p>7.8 Se recomienda efectuar los correctivos necesarios en el incumplimiento a las respuestas de los PQRS teniendo como base la normatividad actual, debido a que esto se convirtió en un riesgo materializado.</p>

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.9 Es de gran importancia efectuar las labores necesarias para corregir la Respuesta de Interconsulta de Trabajo social de forma oportuna con el fin de no intervenir en la gestión del proceso de facturación.

En hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

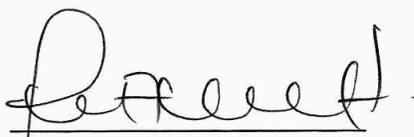
7.10 Se debe realizar el respectivo Plan de mejoramiento.

Finalmente se concluye que el proceso de **Sistema Atención al Usuario** presenta cumplimiento del **76.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

**8. FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 3

### ***EVALUACION DEPENDENCIAS GESTION FINANCIERA ( PRESUPUESTO)***

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** compromisos con un resultado del **95%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1 Ejecutar la Implementación de los módulos parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización** Se anexan correos que se intercambiaron con DGH durante el trimestre **2. Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos.** Se envió correo a la oficina de planeación con el fin de obtener información respecto a la revisión de dos procedimientos. **3. Actualizar y aprobar tablas de retención** Se realizaron los ajustes proyectados. **4. Realizar la transferencia documental.** Se realizaron los ajustes proyectados. **5. Documentar los flujos de los documentos de la organización.** Se realizaron los ajustes proyectados. **6. Realizar seguimiento al proceso de facturación y auditoría corriente para la generación de facturas 100% cobrable.** Se elaboraron los informes. **7. Racionar el costo y gastos de la operación.** Se elaboraron los informes. **8. Desarrollar plan de trabajo por fases para implementación del Modelo.** Se enviaron soportes. **9. Verificación del sistema.** Se enviaron soportes. **10. Elaborar el plan de gestión del riesgo .** Se enviaron soportes **11. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles.** se enviaron soportes

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **90%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1).** Clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos de **Presupuesto** se encuentran inmerso dentro de Gestión Financiera en el cual están definidos **8** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoría al Proceso de **GESTION FINANCIERA ( PRESUPUESTO)** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoría fue realizada con base en el

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>INSTITUTO FEDERAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Instituto de Estadística y Censos</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 2 de 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

cumplimiento del Plan de Auditorías y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorías.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

**PRESUPUESTO:** Auditoría presentada mediante **OCI-033-2020** con fecha del **05/06/2020**

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** *El proceso no ha actualizado al 100% los documentos del SIG, se observa que algunos de los documentos aprobados son con el anterior sistema de información SAFIX, incluyendo el único procedimiento con el que cuenta el área: GF-PR-001, el cual sigue al pendiente de revisión y aprobación por parte del área de planeación.*

#### 7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Terminar la implementación del módulo de presupuesto y su correspondiente socialización a los funcionarios todo el procedimiento.

7.2 Actualizar y aprobar las tablas de retención documental.

7.3 Planear la implementación del modelo desarrollando un plan de trabajo

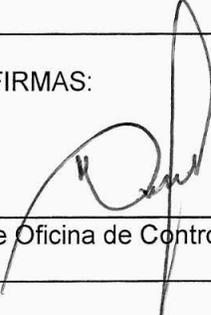
<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>	
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Finalmente se concluye que el área de **Presupuesto** presenta cumplimiento del **95.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

8. **FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 14

### ***EVALUACIONDEPENDENCIAS GESTION FINANCIERA (CONTABILIDAD)***

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **24** compromisos con un resultado del **81%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

**1. Realizar monitoreo y solicitar los ajustes necesarios de los módulo a cargo y 2. Reportar y hacer seguimientos a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfaz y generada por los módulos a cargo.** Para el periodo comprendido entre enero y marzo de 2020, las inconsistencias que ha presentado el sistema en los diferentes módulos que internasen la información al modulo de NIIF, se han enviado a través de correos electrónicos al Director del Proyecto DGH y responsables de cada área en busca de solucionar las inconsistencias.

Se han realizado reuniones para la implementación de la facturación electrónica, de igual manera se solicitó al proveedor del software una referenciarían en hospitales que ya la implementaron y poder tener claridad en los cambios que se requieren.

Se remite el cuadro de los pendientes evaluados para ser transmitido al proveedor del Software SYAC.

En el II segundo trimestre del año 2020 las inconsistencias que ha presentado el sistema en los diferentes módulos que internasen la información al modulo de NIIF se han informado a través de correos electrónicos al Director del Proyecto DGH y responsables de cada área en busca de solucionar las inconsistencias.

En el III tercer trimestre del año 2020 las inconsistencias que ha presentado el sistema en los diferentes módulos que intefazan la información al módulo de NIIF se han informado a través de correos electrónicos al Director del Proyecto DGH y responsables de cada área en busca de solucionar las inconsistencias, pero hasta la fecha no se ha encontrado respuesta ni solución a estos inconvenientes, desde el mes de Septiembre se encuentra la Ingeniera de SYAC realizando el respectivo acompañamiento y solución a los procesos, pero se encuentra a la espera de reunión con el área de contabilidad para solución a todos los inconvenientes presentados. Se realizó todo el proceso para la implementación de la facturación electrónica, dentro del RUT ya se encuentra la responsabilidad 52 de facturador electronico, y el HFLLA realizó todas las pruebas para facturar electrónicamente a partir del 1 de octubre siendo satisfactorias, dentro del sistema SYAC y la interface con la DIAN.

En el IV trimestre del año 2020 se realizan las siguientes actividades: Módulo de Nomina: Código 63843. No se acepta la solución dada por Syac, ya que no soluciona el inconveniente reportado y el Hospital continúa realizando manualmente el ajuste en presupuesto de pago de cesantías en la liquidación de contrato. Se manifiesta por parte de Syac que el funcionamiento solicitado es adicional a la funcionalidad liberada para la

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

opción.

*Módulo de Inventarios: Código 63855. No se acepta la solución dada por Syac, debido a que a respuesta dada no soluciona el inconveniente reportado; se reitera respuesta dada por Syac, en solicitud de soporte, esto es, el cambio de funcionalidad se dio por parte del fabricante del control de la herramienta Devexpress.*

*Módulo de Inventarios: Código 64189. No se acepta la solución dada por Syac, debido a que la respuesta dada no soluciona el inconveniente reportado y no es funcional para el usuario utilizar el mouse en estos procesos tan repetitivos y continuos.*

*Seguimiento cargue de saldos iniciales módulo de activos fijos*

*Se cumplieron las siguientes actividades: Revisión parametrización básica, ingreso de saldos iniciales, registro de novedades (ingresos, salidas, traslados, transacciones), pruebas depreciación octubre, revisión datos depreciación, corrección de parametrización de responsables, pruebas depreciación noviembre en empresa de pruebas y producción, pruebas de ingresos tipo Leasing en empresa de pruebas, revisión proceso contable de las novedades de Activos (depreciación acumulada – valor razonable) y Guía de ingresos tipo Comodato, Préstamo, Consignación y Comodato.*

*Revisión de actividades de Soporte:*

*Corrección de los saldos de la caja 04 del año 2018.*

*Ajuste de la diferencia en los saldos del módulo de Información Financiera NIIF versus Facturación (Ingreso 358033).*

*Al cierre de la vigencia la cuenta contable del ingreso queda en cero, al cerrar las facturas en el año siguiente las cuentas transitorias que reversan dejan saldos negativos, además vuelve a registrar un ingreso que quedo en la vigencia anterior. Ver Doctrina Contable, Concepto 20182300006811. Sigue pendiente validar resultados.*

*Posterior al proceso de homologación, se evidenció un error, debido a que al generar los movimientos en el libro auxiliar de la cuenta de PPE que se tenía registrado bajo NIIF, viene mostrando movimientos que se había realizado en el módulo de contabilidad, desvirtuando los saldos y movimientos que son de NIIF. Se efectuó la corrección respectiva con el ajuste.*

*NIIF- Revisar la diferencia en los saldos del módulo de información financiera NIIF versus Inventarios (Cuenta Fiscal). Se identifica que la diferencia entre los módulos de inventarios (Cuenta Fiscal) versus el módulo de información financiera NIIF corresponde a valore resultado del cálculo de Costo Promedio en el módulo de Inventarios. Se debe realizar un comprobante de ajuste para ajustar los valores entre ambos módulos, Se solicita por parte del área contable realizar ej*

**3. Actualizar los instructivos de acuerdo a software DGH y 4. Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación.** Desde el mes de noviembre de 2019 se enviaron los Instructivos al área de Planeación para su aprobación sin recibir respuesta en el I trimestre 2020. (Anexo correo solicitando la evolución de la tarea).  
En el II trimestre de 2020 se recibe respuesta de la oficina



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>UNIVERSIDAD Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 3 de 14	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

de planeación y calidad por medio de correo electrónico el cual se anexa, donde informan que se a realizado la revision y asignación pero algunos de estos necesitan ser ajustados, quedando pendiente reunión y poder realizar la respectiva aprobación. En el III tercer trimestre de 2020 se realizó reunión con la oficina de planeación para analizar los ajustes a los instructivos que hasta el momento se habían revisado, quedando totalmente aprobados los instructivos de conciliación de activos, presentación de declaración de ingresos y patrimonio y presentación de declaración de IVA, se recibió correo para el ajuste de 2 instructivos más. En el IV trimestre de 2020 se aprobaron 2 instructivos INSTRUCTIVO PARA AUDITORÍA, CAUSACIÓN, AJUSTES Y CONCILIACIÓN DE INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD y INSTRUCTIVO CREACIÓN Y CONSULTA DE TERCEROS Y CUENTAS CONTABLES. **5. Clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central.** Contabilidad ha organizado los documentos de acuerdo a las directrices impartidas, pero no se ha realizado transferencia, porque en archivo central no se dispone de espacio. Se está a la espera de las indicaciones por parte del responsable del archivo del Hospital. En el II Semestre de 2020 se sigue a la espera de disponibilidad en el archivo central para realizar la respectiva transferencia de los documentos, también se solicita antes de transferir al archivo central, realizar depuración de documentos. En el IV trimestre de 2020 se realiza cambio de lugar el archivo de contabilidad, se deja organizado y se sigue a la espera de disponibilidad para enviar al Archivo Central

**6. Elaborar flujo de documentos del área.** Se vienen presentando y recibiendo documentación por el aplicativo Qf Documents. **7. Dar cumplimiento a la normatividad vigente.** Teniendo como base el Normograma año 2020 del área contable, en el periodo transcurrido de enero a marzo de 2020, se han preparado:

Estados financieros certificados con corte mensual (Enero, Febrero y Marzo de 2020)

Presentación de reportes externos de ley como los exige:

- La Contaduría General de la Nación: Información Contable Pública - Convergencia. (Periodo evaluado octubre - diciembre 2019 y para el Primer trimestre 2020 se tiene plazo a mayo 28 de 2020).
- El Ministerio de salud y a secretaria de salud del Tolima - Decreto 780 a diciembre de 2019.
- La DIAN - Declaración de Retenciones en la fuente e IVA, enero, febrero y marzo 2020. Declaración Bimestral de IVA enero - febrero 2020
- Alcaldía de Ibagué. - Presentación del ICA y Tasa Bomberil del periodo Enero - febrero de 2020,
- SUPERSALUD - Formato FT0014 presentado al 31 de diciembre de 2019



## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 14

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*De lo anterior se anexan (20) Veinte documentos soportes. En el periodo transcurrido de abril a junio de 2020, se han preparado:*

*Estados financieros certificados con corte mensual (abril, mayo y junio de 2020) y notas financieras a junio de 2020*

*Presentación de reportes externos de ley como los exige:*

*- La Contaduría General de la Nación: Información Contable Pública - Convergencia. (para el segundo trimestre 2020 se realiza la preparación de los diferentes informes los cuales tienen plazo a Julio 31 de 2020).*

*- La DIAN - Declaración de Retenciones en la fuente e IVA, abril, mayo y junio 2020. Declaración Bimestral de IVA marzo - abril 2020 y mayo-junio 2020, se presentó información exógena año gravable 2019, declaración de ingresos y patrimonio 2019.*

*- Alcaldía de Ibagué. - Presentación del ICA y Tasa Bomberil del periodo Marzo - Abril de 2020 y Mayo - Junio de 2020,*

*- El Ministerio de salud y a secretaria de salud del Tolima - Decreto 780, Resolución 753 de 2020*

*- SUPERSALUD - Formato FT004 del I y II trimestre de 2020*

*Estados financieros certificados con corte mensual (julio, agosto y septiembre de 2020) y notas financieras julio, agosto y septiembre de 2020*

*Presentación de reportes externos de ley como los exige:*

*- La Contaduría General de la Nación: Información Contable Pública - Convergencia. (para el tercer trimestre 2020 se realiza la preparación de los diferentes informes los cuales tienen plazo a Octubre 29 de 2020).*

*- La DIAN - Declaración de Retenciones en la fuente e IVA, julio, agosto y septiembre 2020. Declaración Bimestral de IVA julio - agosto 2020,*

*- Alcaldía de Ibagué. - Presentación del ICA y Tasa Bomberil del periodo Julio - agosto 2020,*

*- El Ministerio de salud y a secretaria de salud del Tolima - Decreto 780, Resolución 753 de 2020*

*- SUPERSALUD - Formato FT004 del I y III trimestre de 2020*

*- En el periodo transcurrido entre octubre y diciembre de 2020 se han presentado los siguientes informes:*

*- Estados financieros certificados con corte mensual (Octubre, noviembre 2020) y notas financieras octubre y noviembre de 2020*

*Presentación de reportes externos de ley como los exige:*

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 14

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

- La Contaduría General de la Nación: Información Contable Pública - Convergencia. (para el cuarto trimestre 2020 se realiza la preparación de los diferentes informes los cuales tienen plazo a Enero 29 de 2021).

- La DIAN - Declaración de Retenciones en la fuente e IVA, octubre, noviembre y diciembre 2020. Declaración Bimestral de IVA septiembre - octubre 2020, noviembre y diciembre 2020

- Alcaldía de Ibagué. - Presentación del ICA y Tasa Bomberil del periodo octubre - noviembre 2020,  
secretaria de salud del Tolima

- Decreto 780, Resolución 753 de 2020

- SUPERSALUD - Formato FT004 del III trimestre de 2020.

### **8. Realizar conciliaciones mensuales con los informes reportados por las siguientes áreas: inventarios, P.P.E. Tesorería, facturación, jurídica, cartera, costos y Nomina.**

Mensualmente el área contable realiza conciliación entre las áreas de nómina, costos, facturación, auditoría médica, cartera, jurídica, activos fijos, tesorería y almacén, quienes radican al área contable los respectivos informes para ser comparados y ajustados con la información interfazada en el módulo contable, y una vez revisada y validada emitir los respectivos Estados Financieros.

En el periodo comprendido entre Julio y Septiembre de 2020, el área contable concilió:

- Área de RECURSOS HUMANOS: En el trimestre de julio a septiembre de 2020, se han efectuado (3) Actas. Se procedió a la revisión de la acusación de la Nómina sin novedad relevante. En las incapacidades fueron registradas todas las cuentas por cobrar a 31/12/2019 y se registraron los ingresos de estas incapacidades. En el tema de las provisiones por prestaciones sociales se ha notado un gran avance porque mes a mes se hacen los ajustes para registrar los saldos reales según nómina, pero es necesario reducir este número que ahora pueden ser hasta de 400 registros mensuales de ajustes.

- Área de COSTOS: Mensualmente se realizó conciliación de los saldos entre costos y contabilidad. En el periodo de julio a septiembre de 2020 se elaboraron 3 actas de conciliación del III trimestre.

- Área de ALMACEN - INVENTARIOS En el trimestre de julio a septiembre de 2020, se le realizaron (3) Actas, donde se realizaron los Ajustes comparando los documentos físicos enviados por Almacén frente a la información verificada en el Sistema DGH en los módulos de Inventarios, Presupuesto, Pagos y Contabilidad. Es de notar que las reclasificaciones se presentan debido a que el Sistema DGH solo permite la parametrización de una (1) cuenta y la generación de error en algunos terceros de cálculo de Rete ICA y Tasa Bomberil donde no hay lugar a hacerlo. Así mismo en las actas

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 6 de 14

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

quedan consignados los problemas que existen actualmente con el reporte denominado "Cuenta fiscal".

- Área de FACTURACIÓN Y AUDITORIA MEDICA: En el trimestre julio a septiembre de 2020, se realizaron (3) Actas. Cada mes el área de facturación reporta facturas de venta de servicios vigencia actual y anterior sin radicar; anulaciones del periodo, notas crédito por aceptación de glosas vigencia actual y anterior, ingresos y respuestas de glosa, ordenes de servicio sin facturar. Esta información se compara y verifica con los saldos contables, en caso de existir diferencia, se procede a revisar por medio de auxiliares contables, identificar la inconsistencia y registrar los ajustes correspondientes.

-Área de CARTERA. En el trimestre Julio a septiembre de 2020 se realizaron (3) Actas. Cada mes el área de cartera reporta saldos de facturas de venta de servicios, recaudo de facturas con vencimiento mayor a 540 días, facturas en poder de abogados, facturas de entidades en liquidación, notas débito y crédito del periodo y legalizaciones, esta información se compara y verifica con los saldos contables, en caso de existir diferencia, se procede a revisar por medio de auxiliare contables, identificar la inconsistencia y registrar los ajustes correspondientes. Después de revisada la información, cartera remite vencimientos de cartera por entidad y régimen de aseguramiento, sobre el cual se calcula y registra la provisión de cartera por régimen de aseguramiento y tercero según los parámetros de la Resolución 13245 de noviembre 28 de 2013 y se registra la recuperación de cartea mayor a 540 días.

- Oficina JURIDICA: Se realizaron (3) actas de conciliación entre julio y septiembre de 2020.

- Área de TESORERIA: Entre Julio y septiembre de 2020 se realizaron tres actas de conciliación. Cada mes el área de tesorería envía los saldos de caja y bancos con las conciliaciones bancarias, el informe de recaudos sin ingresar y el movimientos de estampillas, información que se verifica con los saldos contables, en caso de existir diferencia se procede a revisar por medio de auxiliares contables, identificar la inconsistencia y registrar los ajustes correspondientes. En el periodo comprendido entre Octubre y Diciembre de 2020, el área contable concilió:

- Área de RECURSOS HUMANOS: En el trimestre de octubre a diciembre de 2020, se han efectuado (3) Actas. Se procedió a la revisión de la causación de la Nómina sin novedad relevante. En las incapacidades fueron registradas todas las cuentas por cobrar y se registraron los ingresos de estas incapacidades. En el tema de las provisiones por prestaciones sociales se ha notado un gran avance porque mes a mes se hacen los ajustes para registrar los saldos reales según nómina, pero es necesario reducir este número que ahora pueden ser hasta de 400 registros mensuales de ajustes.

- Área de COSTOS: Mensualmente se realizó conciliación de los saldos entre costos y contabilidad. En el periodo de octubre a diciembre de 2020 se elaboran 3 actas de conciliación del IV trimestre.

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 7 de 14

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

- Área de **ALMACEN - INVENTARIOS** En el trimestre de octubre a diciembre de 2020, se realizaron (3) Actas, donde se realizaron los Ajustes comparando los documentos físicos enviados por Almacén frente a la información verificada en el Sistema DGH en los módulos de Inventarios, Presupuesto, Pagos y Contabilidad. Es de notar que las reclasificaciones se presentan debido a que el Sistema DGH solo permite la parametrización de una (1) cuenta y la generación de error en algunos terceros de cálculo de Rete ICA y Tasa Bomberil donde no hay lugar a hacerlo. Así mismo en las actas quedan consignados los problemas que existen actualmente con el reporte denominado "Cuenta fiscal".

- Área de **FACTURACIÓN Y AUDITORIA MEDICA**: En el trimestre octubre a diciembre de 2020, se realizaron (3) Actas. Cada mes el área de facturación reporta facturas de venta de servicios vigencia actual y anterior sin radicar; anulaciones del periodo, notas crédito por aceptación de glosas vigencia actual y anterior, ingresos y respuestas de glosa, ordenes de servicio sin facturar. Esta información se compara y verifica con los saldos contables, en caso de existir diferencia, se procede a revisar por medio de auxiliares contables, identificar la inconsistencia y registrar los ajustes correspondientes.

- Área de **CARTERA**. En el trimestre octubre a diciembre de 2020 se realizaron (3) Actas. Cada mes el área de cartera reporta saldos de facturas de venta de servicios, recaudo de facturas con vencimiento mayor a 540 días, facturas en poder de abogados, facturas de entidades en liquidación, notas débito y crédito del periodo y legalizaciones, esta información se compara y verifica con los saldos contables, en caso de existir diferencia, se procede a revisar por medio de auxiliares contables, identificar la inconsistencia y registrar los ajustes correspondientes. Después de revisada la información, cartera remite vencimientos de cartera por entidad y régimen de aseguramiento, sobre el cual se calcula y registra la provisión de cartera por régimen de aseguramiento y tercero según los parámetros de la Resolución 13245 de noviembre 28 de 2013 y se registra la recuperación de cartea mayor a 540 días.

- Oficina **JURIDICA**: Se realizaron (3) actas de conciliación entre octubre y diciembre de 2020.

- Área de **TESORERIA**: Entre octubre y diciembre de 2020 se realizaron tres actas de conciliación. Cada mes el área de tesorería envía los saldos de caja y bancos con las conciliaciones bancarias, el informe de recaudos sin ingresar y el movimientos de estampillas, información que se verifica con los saldos contables, en caso de existir diferencia se procede a revisar por medio de auxiliares contables, identificar la inconsistencia y registrar los ajustes correspondientes.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 8 de 14	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**9. Revisar y ajustar el Plan de mejoramiento para la depuración contable.** A 30 de Noviembre de 2019, se revisó, ajustó y actualizó por parte del área contable, el Plan de mejoramiento para la depuración contable de las partidas inciertas de los pasivos suscrito con la Superintendencia de Salud en la vigencia 2018. Se adjunta matriz detallada. En el cuarto trimestre Octubre - diciembre de 2019 se sigue con la revisión, ajustes y actualización de los pasivos inciertos por parte del área contable. El % de cumplimiento del plan de mejoramiento a noviembre 30 de 2019 es del 56,4% y el grado de avance es del 39%.

A Junio de 2020 se expuso en comité de sostenibilidad el plan de depuración contable para el año 2020 por área, tomando como base saldos a Diciembre 31 de 2019.

**10. Analizar en el Comité de Sostenibilidad Contable las fichas técnicas para depuración de las partidas inciertas.** La depuración de las partidas contables se soportan con las fichas técnicas, las cuales se estudian y aprueban por el Comité de Sostenibilidad Contable para posteriormente realizar los respectivos registros en la contabilidad.

Las fichas aprobadas con corte a 31 de Diciembre de 2019 ya fueron registradas en los libros contables, e igualmente en el plan de saneamiento contable, se actualizaron los registros que han sido depurados. Se tienen aprobadas (120) ciento veinte fichas técnicas, de las cuales (36) Treinta y seis corresponden a la **DEPURACIÓN DE PASIVOS**, y tienen un valor de \$772 millones, (11) once fichas corresponden a **TESORERIA-PAGADURIA** que tiene un valor de \$24.688 millones y (73) Sesenta y tres a la **GESTIÓN COMERCIAL Y CARTERA** que tienen un valor de \$ 6.528 millones. Se adjunta documento en excel.

A 31 de Diciembre de 2019 se efectuaron (11) Comités de Sostenibilidad. Los comités se realizaron en las siguientes fechas de la vigencia 2019: **ENERO:** 11 de enero, 31 de enero, **MARZO:** 14 de marzo, 29 de marzo, **MAYO:** 13 de mayo y 17 de mayo. **JUNIO:** 7 de junio. **JULIO:** 24 y 25 de Julio. **OCTUBRE:** 4 de octubre. **NOVIEMBRE:** 8 y 25 de noviembre **DICIEMBRE:** Las actas firmadas reposan en el área de contabilidad. Se adjuntan (10) diez documentos soportes.

En el II trimestre del 2020 se realiza socialización del plan de depuración con el comité de sostenibilidad, sin poder llevar a cabo las fichas técnicas debido a la Emergencia Sanitaria por lo cual no se han realizado reuniones.

En el III trimestre se efectuaron 6 comités de sostenibilidad, los comités se realizaron en las siguientes fechas, 3 y 23 de Julio de 2020, 6 y 20 de agosto de 2020, 3 y 29 de septiembre de 2020, donde se aprobaron 18 fichas, 13 fichas corresponden a **GESTIÓN COMERCIAL Y CARTERA** que tienen un valor de \$ 1,081 millones, 1 corresponde a **TESORERIA-PAGADURIA** que tiene un valor de \$167,147, 1 corresponde a **ACTIVO**



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>UNIVERSIDAD Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 9 de 14	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*CONSUMIBLE por valor de \$ 906,927, 1 corresponde a INVENTARIOS por valor de \$ 8,730,462, 1 corresponde a ACTIVOS FIJOS por valor de \$ 63,835,553, 1 corresponde a PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO por valor de \$ 931,445,716. Se adjunta documento en Excel y actas correspondientes.*

*En el IV trimestre se efectuaron 2 comités de sostenibilidad, los comités se realizaron en las siguientes fechas, 15 y 30 de octubre de 2020, donde se aprobaron 2 fichas, 1 ficha correspondes a INVENTARIOS Y ALMACEN que tienen un valor de \$ 869 millones, 1 corresponde a INVENTARIOS Y ALMACEN que tiene un valor de \$ 33 MILLONES. Se adjunta documento en excel y actas correspondientes.*

**11. Conciliar los saldos y movimientos entre los módulos de activos fijos y contabilidad.** Área de **ACTIVOS FIJOS**. A Marzo de 2020, Se realizó (1) Acta, donde se conciliaron los saldos generados a Marzo de 2020 en la cuenta 16 PROPIEDAD, PLANTA y EQUIPO, 1970 INTANGIBLES y 1951 PROPIEDADES DE INVERSIÓN, con el reporte generado por el área de Almacén "DEPRECIACION CONSOLIDADO", en este se detalla el responsable del activo, la clasificación la cual contiene un código contable, el Valor razonable del activo, vida útil, depreciación acumulada, depreciación mensual, y se presentan las diferencias presentadas entre lo registrado en los libros contables y el informe generado por Almacén.

*En el II trimestre del 2020 se realizaron 3 actas de los meses de abril, mayo y junio donde se conciliaron los saldos generados a cada mes en la cuenta 16 PROPIEDAD, PLANTA y EQUIPO, 1970 INTANGIBLES y 1951 PROPIEDADES DE INVERSIÓN, con el reporte generado por el área de Almacén "DEPRECIACION CONSOLIDADO", en este se detalla el responsable del activo, la clasificación la cual contiene un código contable, el Valor razonable del activo, vida útil, depreciación acumulada, depreciación mensual, y se presentan las diferencias presentadas entre lo registrado en los libros contables y el informe generado por Almacén.*

*En el III trimestre del 2020 se realizaron 3 actas de los meses de julio, agosto y septiembre donde se conciliaron los saldos generados a cada mes en la cuenta 16 PROPIEDAD, PLANTA y EQUIPO, 1970 INTANGIBLES y 1951 PROPIEDADES DE INVERSIÓN, con el reporte generado por el área de Almacén "DEPRECIACION CONSOLIDADO", en este se detalla el responsable del activo, la clasificación la cual contiene un código contable, el Valor razonable del activo, vida útil, depreciación acumulada, depreciación mensual, y se presentan las diferencias presentadas entre lo registrado en los libros contables y el informe generado por Almacén.*

*En el IV trimestre del 2020 se realizaron 3 actas de los meses de octubre, noviembre y diciembre donde se conciliaron los saldos generados a cada mes en la cuenta 16 PROPIEDAD, PLANTA y EQUIPO, 1970 INTANGIBLES y 1951 PROPIEDADES DE INVERSIÓN, con el reporte generado por el área de Almacén "DEPRECIACION CONSOLIDADO", en este se detalla el responsable del activo, la clasificación la cual contiene un código contable, el Valor razonable del activo, vida útil, depreciación acumulada, depreciación mensual, y se*

*R*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 10 de 14	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*presentan las diferencias presentadas entre lo registrado en los libros contables y el informe generado por Almacén.*

**12. 1). Elaborar y/o Actualizar los documentos del SIG correspondientes a contabilidad, 2). Socializando los documentos del SIG. En construcción 13. Socializar el código de integralidad de la Institución al personal. Se socializó Código de integralidad al equipo contable mediante acta del día 07 de febrero de 2020, la cual se adjunta como soporte. 14. Socializar el Plan de Capacitación. Se socializó Plan de Capacitación al equipo contable como consta en el acta efectuada el día 07 de febrero de 2020, la cual se adjunta como soporte. 15. Socializar el Plan de Bienestar e incentivos. Se socializó Plan de bienestar e incentivos al equipo contable como consta en el acta efectuada el día 07 de febrero de 2020, la cual se junta como soporte. 16. Socializar el POA del área. Se socializó Poa del área al equipo contable mediante acta del día 07 de febrero de 2020, la cual se adjunta como soporte. 17. Actualizar el Normograma de la dependencia. Se anexa normograma actualizado a 2020. 18. Desarrollar la política gestión estratégica de talento humano mediante la concertación de compromisos del personal a cargo. Se diligenció en la página de CNSC del personal que se encuentra en carrera administrativa en el mes de junio 2020. 19. Ejecución y medición de los controles establecidos para el área. Durante el III trimestre se diligencia el formato EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS CONTROLES, con las actividades realizadas para aplicación de los controles. 20. Participar en la construcción de la matriz de riesgos de seguridad Digital del proceso financiero. Se participó en la construcción Matriz riesgo seguridad digital, se anexa documento. 21. Participar en la construcción de la matriz de riesgos de corrupción del proceso financiero. Se participó en la construcción Matriz riesgo corrupción proceso financiero, se anexa documento. 22. Participar en la construcción de la matriz de riesgos de gestión del proceso financiero. Se participó en la construcción Matriz de gestión, se anexa documento. 23. Elaborar el plan de fortalecer los controles del área. En construcción 24. Evaluación periódicamente la matriz de riesgos. Se anexa Matriz de riesgo proceso financiero evaluado IV trimestre 2020.**

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **92%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.) **Realizar monitoreo y solicitar los ajustes necesarios de los módulo a cargo.**  
(Con un **25%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2.) **Reportar y hacer seguimientos a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfaz y generada por los módulos a cargo.**  
(Con un **25%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 11 de 14	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

- 3). **Realizar conciliaciones mensuales con los informes reportados por las siguientes áreas: inventarios, P.P.E. Tesorería, facturación, jurídica, cartera, costos y Nomina.** (Con un **42%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 4). **Analizar en el Comité de Sostenibilidad Contable las fichas técnicas para depuración de las partidas inciertas.** (Con un **17%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 5). **Conciliar los saldos y movimientos entre los módulos de activos fijos y contabilidad.** (Con un **17%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 6). **Socializando los documentos del SIG.** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 7). **Desarrollar la política gestión estratégica de talento humano mediante la concertación de compromisos del personal a cargo.** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 8). **Elaborar el plan de fortalecer los controles del área.** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos de Contabilidad se encuentran inmerso dentro de Gestión Financiera en el cual están definidos **8** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **GESTION FINANCIERA (CONTABILIDAD)** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la panificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>INSTITUTO</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>INSTITUTO</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 12 de 14	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**CONTABILIDAD:** Auditoria a mediante **OCI-005-2020** con fecha del **03/02/2020**

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestión del conocimiento y la innovacion se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El proceso no ha actualizado lo documentos del SIG, se observa que los documentos aprobados son con el anterior sistema de información SAFIX.

### OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORÍA.

1. En el Patrimonio aparece una cuenta nueva (32080103) Depuración de Activos fijos NMN, por efectos seguramente de los ajustes de los saldos iniciales por el Marco Normativo, pero el nombre de la Cuenta no es claro.
2. Que activos pertenecen en la cuenta 1637 "Propiedad Planta y Equipo no explotados" el cual permanece sin movimiento durante todo el año 2.019 y en el auxiliar de la cuenta 16370896 la denomina "saldos por depurar".
3. Se debe analizar la cuenta 1650 Redes, líneas y cables por \$1.067.237.051 la cual no tiene ningún movimiento en el año, aparentemente sin una sola adquisición, y por ejm. para la instalación de los aires nuevos se instalaron redes.



## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 13 de 14

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

### 7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

**7.1** Gestionar ante el archivo central el espacio asignado al área para realizar la transferencia de los documentos organizados de acuerdo con las tablas de retención.

**7.2.** Continuar con la revisión, ajuste y actualización de los pasivos inciertos de acuerdo al Plan de Mejoramiento para la depuración contable.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

**7.3.** Realizar el 75% faltante del monitoreo y solicitud de ajustes necesarios de los módulos a cargo.

**7.4.** Realizar las actividades faltantes correspondientes al 75% del reporte y seguimiento a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfaz y generada por los módulos a cargo.

**7.5.** Realizar el 58% faltante de conciliaciones con los informes reportados por las siguientes áreas: inventarios, P.P.E. Tesorería, facturación, jurídica, cartera, costos y Nomina.

**7.6.** Analizar en el Comité de Sostenibilidad Contable el 83% faltante de las fichas técnicas para depuración de las partidas inciertas.

**7.7.** Realizar el 83% faltante de las Conciliaciones de los saldos y movimientos entre los módulos de activos fijos y contabilidad.

**7.8.** Realizar el 50% faltante de la socialización de los documentos del SIG.

**7.9.** Desarrollar el 50% faltante de la política gestión estratégica de talento humano mediante la concertación de compromisos del personal a cargo.

**7.10.** Elaborar el 100% faltante del plan para fortalecer los controles del área

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 14 de 14	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

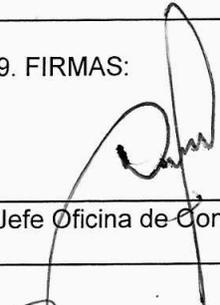
En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

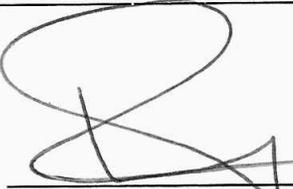
7.17. Dimension de Gestión del conocimiento y la innovacion: Se recomienda actualizar los documentos del SIG, por cuanto, *se observa que los documentos aprobados son con el anterior sistema de información SAFIX.*

Finalmente se concluye que el área de **Contabilidad** presenta cumplimiento del **91.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020

8. FECHA: Febrero de 2021

9. FIRMAS:

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio



## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 4

### ***EVALUACION DE DEPENDENCIAS GESTION FINANCIERA (TESORERIA Y PAGADURIA)***

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **19** compromisos con un resultado del **84%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Realizar monitoreo y solicitar los ajustes necesarios del módulo a cargo.** En el IV Trimestre se presentó una (1) inconsistencia en el módulo Tesorería la cual ya se encuentra solucionada, en el I, II y III semestre NO se presentó inconvenientes. **2. Corregir Instructivos conforme a observaciones impartidas para su aprobación.** Los instructivos GF-IN 015 INGRESO DE RECAUDO, GF-IN-011 LEGALIZACIÓN DE RECAUDO DE CAJA, GF-IN-014 INFORME DE RECAUDO, GF-IN-022 SALDO MENSUAL DE CAJA Y BANCOS, GF-IN-019 RECAUDO, CUSTODIA Y CONSIGNACION EFECTIVO, GF-IN-048 ARQUEO DE CAJA y GF-IN-017 PAGOS fue aprobado y firmado por las partes. **3. Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación.** Los instructivos GF-IN 015 INGRESO DE RECAUDO, GF-IN-011 LEGALIZACIÓN DE RECAUDO DE CAJA, GF-IN-014 INFORME DE RECAUDO, GF-IN-022 SALDO MENSUAL DE CAJA Y BANCOS, GF-IN-019 RECAUDO, CUSTODIA Y CONSIGNACION EFECTIVO, GF-IN-048 ARQUEO DE CAJA y GF-IN-017 PAGOS fue aprobado y firmado por las partes. **4. Revisar las tablas de retención y proponer ajustes.** La tabla de retención se encuentra aprobada. **5. Clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central.** El área ha organizado y clasificado los documentos de acuerdo a las tablas de retención aprobadas y las normas archivísticas, pero aún no se ha realizado la transferencia por cuanto el Archivo Central no dispone de espacio. **6. Documentar los flujos de los documentos de la organización.** Los flujos se encuentran en desarrollo. **7. Elaborar conciliaciones bancarias y preparar fichas técnicas para depuración de efectivo en caso de ser necesario.** Se concilió mensualmente las cuentas bancarias a nombre del Hospital. **8. Analizar en el Comité de Sostenibilidad Contable las fichas técnicas para depuración de las partidas inciertas.** Se seccionó Comité de Sostenibilidad Contable así:  
- I trimestre: Un (1) Comité cincuenta y tres (53) fichas aprobadas de activos fijos.  
- II trimestre: Un (1) comité en el cual se presentó el plan de Depuración Contable y cronograma de reuniones.  
- III trimestre: seis (6) Comités y fueron aprobadas dieciocho (18) fichas.  
- IV trimestre: dos (2) comités y se aprobaron dos (2) fichas. Las actas firmadas reposan en el área de Contabilidad. **9. Elaborar informe de partidas depuradas.** Mediante oficio 1203-TP radicación interna No. 2020300586, 2020301370, 2020302264 y 2020303127 de marzo 6, junio 8, septiembre 18 y diciembre 29 de 2020 se remitió al Profesional Universitario Contador informe de las partidas depuradas por la Tesorería. **10. Elaborar**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 2 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**y/o Actualizar los documentos del SIG correspondientes al Grupo de Tesorería.** Se actualizaron y fueron aprobados los instructivos GF-IN 015 INGRESO DE RECAUDO, GF-IN-011 LEGALIZACIÓN DE RECAUDO DE CAJA, GF-IN-014 INFORME DE RECAUDO, GF-IN-022 SALDO MENSUAL DE CAJA Y BANCOS, GF-IN-019 RECAUDO, CUSTODIA Y CONSIGNACION EFECTIVO, GF-IN-048 ARQUEO DE CAJA Y GF-IN-017 PAGOS. **11. Socializando los documentos del SIG.** Se socializó a los funcionarios de la Tesorería-Pagaduría instructivos así:

- I trimestre GF-IN-015 INGRESO DE RECAUDO.
- II trimestre GF-IN-011 LEGALIZACION RECAUDO DE CAJA.
- III trimestre GF-IN-014 INFORME DE RECAUDO, GF-IN-22 SALDO MENSUAL DE CAJA Y BANCOS, GF-IN-019 RECAUDO, CUSTODIA Y CONSIGNACION EFECTIVO Y GF-IN-048 ARQUEO DE CAJA
- IV trimestre GF-IN-017 PAGOS.

**12. Socializar el código de integralidad de la Institución al personal.** En marzo 2 de 2020 se socializó a los funcionarios de la Tesorería-Pagaduría nuevamente el código de Integridad. **13. Actualizar el normograma.** En septiembre 21 de 2020 se remitió a la oficina de Jurídica NORMOGRAMA actualizado. **14. MECI- Ejecución y medición de los controles establecidos para el área.** Se efectuó la evaluación I, II, III y IV trimestre de los controles de la matriz de corrupción. **15. Participar en la construcción de la matriz de riesgos de seguridad Digital del proceso financiero.** La Tesorería-Pagaduría participó en la elaboración de la Matriz de Riesgo de seguridad Digital del proceso financiero, posteriormente fue aprobada. **16. Participar en la construcción de la matriz de riesgos de corrupción del proceso financiero.** El área de Tesorería participó en la elaboración de la Matriz de Riesgo de corrupción del proceso financiero. **17. Participar en la construcción de la matriz de riesgos de gestión del proceso financiero.** El área de Tesorería participó en la elaboración de la Matriz de Riesgo de gestión. **18. Elaborar el plan de fortalecer los controles del área.** En desarrollo. **19. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles.** la Matriz del riesgo fue concertada, se efectuó seguimiento a cada una de las actividades durante el I, II, III y IV trimestre.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **86%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.) **Realizar monitoreo y solicitar los ajustes necesarios del módulo a cargo** (Con un **14%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2.) **Clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central** (Con un **80%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**3.) Elaborar flujo de documentos del área** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**4.) Elaborar el plan de fortalecer los controles del área** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos de Tesorería y Pagaduría se encuentra inmerso dentro de Gestión Financiera en el cual están definidos **8** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de *GESTION FINANCIERA ( TESORERIA Y PAGADURIA )* teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

**TESORERIA Y PAGADURIA:** Auditoria presentada mediante **OCI-006-2020** con fecha del **03/02/2020**

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Gestionar ante el archivo central el espacio correspondiente para los documentos del área de Tesorería y Pagaduría para poder realizar la transferencia del archivo correspondiente.

7.2. Continuar con la documentación de los flujos de los documentos de la organización.

7.3. Continuar con la elaboración del plan de fortalecer los controles del área.



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>OFICINA</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 4 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.4. Realizar las actividades restantes correspondientes al 86% para el monitoreo y la solicitud de ajustes necesarios del módulo a cargo.

7.5. Realizar las actividades restantes correspondientes al 20% para la clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central.

7.6. Elaborar flujo de documentos del área.

7.7. Elaborar el plan de fortalecer los controles del área.

En recomendaciones de la auditoria se debe:

7.8. Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación: Actualizar los documentos faltantes del SIG y presentarlos para su aprobación, teniendo en cuenta que durante el 2020 se aprobaron y firmaron las partes, los instructivos de Ingreso de recaudo, legalización de recaudo de caja, informe de recaudo, saldo mensual de caja y bancos, recaudo, custodia y consignación en efectivo, arquezos de caja y pagos.

Finalmente se concluye que el área de **Tesorería y Pagaduría** presenta cumplimiento del **90.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

8. **FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 6

### *EVALUACION GESTION FINANCIERA (COSTOS)*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **8** compromisos con un resultado del **68%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Implementar de un sistema de información integrado. Actividad. Continuar con Parametrización y estabilización de cada una de las funcionalidades disponibles por el Módulo de Costos Hospitalarios. Se realizaron requerimientos al proveedor del software subsanando inconvenientes presentados en el momento.** **2. Durante la ejecución del objetivo de puesta en marcha del módulo. Actividad. Solicitar ajuste de la parametrización de los Módulo que hacen interfaz en Módulo Costos Hospitalarios. Se solicitó al área de activos fijos relación de los activos y su ubicación con su respectivo centro de costo.** **3. Revisión de los Procedimientos en el área. Actividad. Usar cada una de las herramientas que ofrece el Módulo Costos Hospitalarios para distribuir los costos. Se fija fecha con el profesional de SYAC para la revisión de las herramientas del módulo.** **4. Revisión de los Procedimientos en el área. Actividad. Reportar y hacer seguimientos a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfaz. Se presentaron requerimientos al profesional del sistema por inconsistencia en la cuenta contable 58972313.** **5. Implementar de un sistema de información integrado. Actividad. Documentar los instructivos de acuerdo a software DGH. Actividad que continúa en desarrollo.** **6. Reestructuración e implementación de un sistema de costos. Actividad. Actualizar bases de distribución de acuerdo a las necesidades. Actualización de la información mensualmente de acuerdo a los análisis realizados con cada supervisor.** **7. Reestructuración e implementación de un sistema de costos. Actividad. Conciliar información generada desde el módulo de costo con lo procesado por el módulo contable. Se realizó conciliación mensual con la información contable y de nómina en cuanto a las prestaciones sociales.** **8. Consolidar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en todos los procesos de la organización. Actividad. Socializar el código de integralidad de la Institución al personal. El equipo de trabajo realizo socialización del código de integridad de la institución.**

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **62%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.) Solicitar ajuste de la parametrización de los Módulo que hacen interfaz en Módulo Costos Hospitalarios (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

- 2) Usar cada una de las herramientas que ofrece el Módulo Costos Hospitalarios para distribuir los costos.** (Con un **10%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 3) Reportar y hacer seguimientos a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfaz.** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 4) Generar comprobante contable de costos** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 5) Documentar los instructivos de acuerdo a software DGH** (Con un **20%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 6) Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 7) Clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 8) Elaborar flujo de documentos del área** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 9) Analizar mensualmente con los coordinares los centros de costos que arrojen pérdida.** (Con un **33%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 10) Elaborar y presentar informe mensual de gastos administrativos a responsables de centros de costos de tipo estructura, servicio y apoyo.** (Con un **82%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 11) Presentación y socialización informe** (Con un **17%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 13) Elaborar y/o Actualizar los documentos del SIG correspondientes al Grupo de mantenimiento** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 14) Socializando los documentos del SIG** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 15) Ejecución y medición de los controles establecidos para el área** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Alcázar</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.3** En el Mapa de Riesgos de Costos se encuentran inmerso dentro de Gestión Financiera en el cual están definidos **8** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **GESTION FINANCIERA ( COSTOS)** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

**COSTOS:** Auditoria presentada mediante **OCI-015-2021 con fecha del 18/02/2021**

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

#### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano. se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El área de costos no cuenta con un profesional universitario que ejerza las funciones de Líder del proceso. El proceso en el momento se encuentra a cargo de un técnico operativo de la planta temporal.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamiento Institucional se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El proceso no tiene definidos indicadores dentro de la caracterización del proceso del área financiera GF-CP-001

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>FUNDACIÓN Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Institucional se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El proceso NO ha implementado el módulo de costos en el software institucional Dinámica Gerencial, a pesar de que fue manifestado que en el mes de Marzo de 2020 se iniciarían las pruebas iniciales.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** El proceso no ha actualizado lo documentos del SIG, se observa que los documentos aprobados son con el anterior sistema de información SAFIX.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Continuar con la implementación de un sistema de información integrado al terminar la parametrización y estabilización de cada una de las funcionalidades disponibles por el módulo de costos hospitalarios.

7.2. Utilizar cada una de las herramientas que ofrece el Módulo Costos Hospitalarios para distribuir los costos.

7.3. Continuar con la implementación de un sistema de información integrado al terminar la actividad de documentar los instructivos de acuerdo al software DGH.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.4. Realizar el ajuste faltante correspondiente al 25% de la parametrización de los Módulo que hacen interfaz en Módulo Costos Hospitalarios.

7.5. Usar cada una de las herramientas que ofrece el Módulo Costos Hospitalarios en el 90% faltante para distribuir los costos.

7.6. Reportar y hacer el seguimiento correspondiente al 50% faltante a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfaz.

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.7. Generar comprobante contable de costos.

7.8. Documentar el 80% faltante de los instructivos de acuerdo a software DGH.

7.9. Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación.

7.10. Clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central.

7.11 Elaborar flujo de documentos del área.

7.12. Analizar mensualmente el 67 % faltante con los coordinares los centros de costos que arrojen pérdida.

7.13. Elaborar y presentar el 18 % faltante del informe mensual de gastos administrativos a responsables de centros de costos de tipo estructura, servicio y apoyo.

7.14. Presentación y socialización del 83% del informe.

7.15 Elaborar y/o Actualizar los documentos del SIG correspondientes al Grupo de mantenimiento.

7.16. Socializar los documentos del SIG.

7.17. Realizar la ejecución y medición de los controles establecidos para el área.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.18. Dimensión de Talento Humano: Gestionar la asignación de un profesional universitario que ejerza las funciones de Líder del proceso.

7.19. Dimensión de Direccionamiento Institucional: Definir indicadores dentro de la caracterización del proceso del área financiera GF-CP-001.

Implementar el módulo de costos en el software institucional Dinámica Gerencial, lo cual no se ha realizado, a pesar de que fue manifestado que en el mes de marzo de 2020 se iniciarían las pruebas iniciales.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>AUDITORÍA GENERAL DE LA FEDERACIÓN DE MÉXICO</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 6 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.20. Dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación: Actualizar los documentos del SIG en el proceso.

Finalmente se concluye que el área de **Costos** presenta cumplimiento del **76.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

8. FECHA: Febrero de 2021

9. FIRMAS:

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 5

### *EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO FACTURACIÓN ADMISIONES*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** compromisos con un resultado del **75%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización).** *Se realizaron los reportes pertinentes al área de tecnología de la información sobre los inconvenientes presentados en el sistema DGH.* **2. Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos.** *No se realizaron nuevo instructivos ni procedimientos.* **3. Realizar la transferencia documental.** *No se realizó transferencia documental.* **4. Implementar las estrategias para lograr el cumplimiento de las metas de ventas y de recuperación de cartera.** *Se realiza pre auditoría diaria a las facturas objeto de radicación. De lo cual se realiza informe mensual y se reporta en la evaluación del POA.* **5. Realizar seguimiento al procedimiento de facturación y auditoría médica permanente y dar celeridad a las respuestas devoluciones y glosas y garantizar los soportes de las conciliaciones de glosas y devoluciones con Las diferentes EAPB.** *Se realiza pre auditoría diaria a las facturas objeto de radicación. De lo cual se realiza informe mensual y se reporta en la evaluación del POA y durante el año se realizaron reuniones con el personal de facturación, que se encuentran soportadas mediante actas de reunión.* **6. Mejorar la calidad de la facturación con estrategias como el pre auditoría de cuentas y la auditoria concurrente para evitar las demoras y atenciones no pertinentes y agilizar los procesos de respuesta a glosa y conciliaciones con la información de HC digitalizadas y organizadas para soportar los requerimientos y el apoyo del equipo de auditoria.** *Se realiza pre auditoría diaria a las facturas objeto de radicación. De lo cual se realiza informe mensual y se reporta en la evaluación del POA.* **7. Capacitar el recurso humano con funciones en el diligenciamiento y elaboración de los RIPS que permita brindar reportes de la mejor calidad.** *No se presentaron glosas por Rips.* **8. Realizar seguimiento a la entrega oportuna de las facturas por parte de los facturadores a la central para su revisión.** *Se realizó cálculo mensual del indicador y se presentó el mismo en las diferentes evaluaciones del POA.* **9. Seguimiento a la radicación física y electrónica.** *Mensualmente se realizó evaluación del valor total de la facturación frente al valor total radicado soportado en las certificaciones presentadas a la SuperSalud.* **10. Implementar el sistema integrado de gestión.** *Se realizó socialización del código de integridad, plan de capacitaciones, plan de bienestar e incentivos, instructivos y procedimientos y, plan operativo anual.* **11. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles.** *De manera trimestral se presentaron las evaluaciones a la matriz de riesgos.*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **68%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) **Terminar los procedimientos e instructivos del nuevo software institucional del área de facturación y auditoría de cuentas médicas.** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2) **Socialización de los procedimiento e instructivos** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 3) **Organizar, clasificar y depurar la documentación archivada en el área** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 4) **Participar del comité de glosa en donde se notifiquen los motivos de glosas y devoluciones** (Con un **17%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 5) **Socializar los documentos al personal y ejecutar su implementación** (Con un **67%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos de **facturación Y Admisiones** está integrado dentro de **Gestión Financiera** en el cual se encuentran definidos **8** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al área de Facturación Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la panificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>UNIVERSIDAD Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**FACTURACIÓN ADMISIONES Y AUDITORIA DE CUENTAS : Auditoria presentada mediante **OCI-061-2020** con fecha del **17/09/2020****

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto la Hoja de vida de personal se encuentra al día con la Documentación del funcionario. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeacion**

De acuerdo con lo revisado en la parte del Direccionamiento Estratégico y Planeación se encuentra el siguiente

**Hallazgo;** en cuanto a la Terminación de los Procedimientos ya que hasta el momento no se tienen Aprobados y es de suma importancia para el seguimiento del Área.

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Evaluación de Resultados**

En cuanto a la Evaluación de Resultados NO se encuentran Hallazgos ya que se realizó la respectiva Evaluación por la Dependencia el cual arroja un porcentaje del cumplimiento del **88.0%**

#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Informacion y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

del Hospital, del Área de Facturación y Admisiones ya que no se encuentran publicadas.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de gestión del conocimiento y la innovación**

No se encontraron Hallazgos

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Revisar los instructivos y procedimientos que aún no se han adaptados a la nueva forma de su ejecución.

7.2. Realizar la transferencia documental.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3. Terminar los procedimientos e instructivos del nuevo software institucional del área de facturación y auditoría de cuentas médicas.

7.4. Realizar la socialización de los procedimientos e instructivos.

7.5. Realizar la organización, clasificación y depuración de la documentación archivada en el área.

7.6. Realizar el 83% faltante de la participación del comité de glosas y devoluciones.

7.7. Realizar el 73% faltante de la socialización de los documentos al personal y ejecutar su implementación.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.8. Dimensión de Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.9. Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Realizar las gestiones necesarias para la aprobación de los procedimientos del área.

7.10. Dimensión de Información y Comunicación: Hacer uso adecuado con respecto a las

# EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

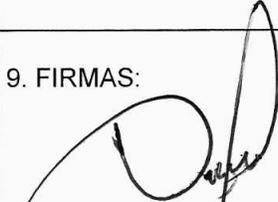
Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital, del Área de Facturación y Admisiones ya que no se encuentran publicadas.

Finalmente se concluye que el proceso de facturación Admisiones y Auditoría de Cuentas presenta cumplimiento del **81.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**

8. **FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Erika Magdalena Díaz Torres  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 4

### *EVALUACION DEPENDENCIAS AUDITORIA CUENTAS MEDICAS*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **14** compromisos con un resultado del **94%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización).** *Se cumplieron las actividades establecidas en el indicador realizado los envíos de las inconsistencias presentadas en nuestros sistemas con sus respectivas soluciones.* **2. Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos.** *Se consolidaron los documentos para la firma de los mismos.* **3. validación de los documentado vs ejecutado.** *Queda pendiente la socialización por el equipo de trabajo.* **4. Implementar las estrategias para lograr el cumplimiento de las metas de ventas y de recuperación de cartera propuestas en el PGIR.** *Se realizaron las reuniones de retroalimentación de glosas y devoluciones con el área administrativas y coordinadores de unidad funcional, personal médico y paramédico y se envían las actas.* **5. Realizar seguimiento al proceso de facturación y auditoria concurrente para la generación de facturas 100% cobrable.** *Se envían informes de los auditores concurrentes de las actividades realizadas en las áreas de hospitalización y las intervenciones realizadas e informadas a los coordinadores de la unidad funcional.* **6. Acelerar el proceso de respuesta y conciliación de glosas y pago de los derechos.** *Se envía informe de la glosa contestada del año en términos.* **7. Mejorar la calidad de la facturación con estrategias como el pre auditoría de cuentas y la auditoria concurrente para evitar las demoras y atenciones no pertinentes y agilizar los procesos de respuesta a glosa y conciliaciones con la información de HC digitalizadas y organizadas para soportar los requerimientos y el apoyo del equipo de auditoria.** *Se envían actas de reunión áreas de hospitalización y las intervenciones realizadas e informadas a los coordinadores de la unidad funcional.* **8. Socializar los motivos de glosa a cada una de las áreas que las generan.** *Se realizaron las reuniones de retroalimentación de glosas y devoluciones con el área administrativas y coordinadores de unidad funcional, personal médico y paramédico y se envían las actas.* **9. Capacitar el recurso humano con funciones en el diligenciamiento y elaboración de los RIPS que permita brindar reportes de la mejor calidad.** *Se realizaron las reuniones de retroalimentación de glosas y devoluciones con el área administrativa.* **10. Evaluar mensualmente, en un comité interdisciplinario, las causas de glosas para tomar las acciones necesarias de mejora en las diferentes áreas involucradas.** *Se realizaron las reuniones de retroalimentación de glosas y devoluciones con el área administrativas y coordinadores de unidad funcional, personal médico y paramédico y se envían las actas.* **11. Identificar las necesidades del personal por áreas.** *Se envió la identificación de las necesidades de educación, se está realizando la solicitud ante*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>OFICINA Federativa de Control Interno</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*recursos humanos.12. Implementar el sistema integrado de gestión. Se socializado el primer instructivos.13. Elaborar la matriz de riegos. Evaluado matriz de las diferentes áreas y se entrega a la subgerencia administrativa y financiera.14. Verificación del sistema- autoevaluaciones. Se realizó la socialización con la participación del jefe de control interno.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **95%** Con corte al 31 de Diciembre de **2020** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) Socialización y evaluación la adherencia al procedimiento y la instructivos. (Con un **40%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2) Socializar los documentos al personal y ejecutar su implementación (Con un **17%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos de **Auditoria de Cuentas Medicas** se encuentra inmerso dentro de Gestión Financiera en el cual están definidos **8** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al área de **Auditoria de Cuentas Médicas** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la panificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS:** Auditoria presentada mediante **OCI-019-2021** con fecha del **25/02/2021**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>ORGANISMO</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Comptroller General of the Republic of Costa Rica</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Institucional se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** *El proceso no tiene definidos indicadores dentro de la caracterización del proceso del área financiera GF-CP-001*

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** *la oficina de Auditoría de cuentas, no tiene los procedimientos del SIG aprobados en su totalidad, se evidencia documentos con el anterior software de información SAFIX.*

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** *El único procedimiento del área no se encuentra aún documentado y aprobado, en el cual debe ir definida las políticas del área y las actividades de la misma.*

#### **7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

7.1 Realizar la socialización pendiente por el equipo de trabajo de los documentos validados vs ejecutado.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2. Realizar el 60% restante de las actividades de socialización y evaluación de la adherencia al procedimiento e instructivos.

7.3. Realizar el 83% de las actividades restantes de la socialización al personal de los documentos y ejecutar su implementación.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.4. Dimensión de Direccionamiento Institucional: Se recomienda definir los indicadores dentro de la caracterización del proceso del área financiera GF-CP-001.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>AUDITORÍA</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Calidad y Transparencia</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.5. Dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación: Se recomienda que la oficina de Auditoría de cuentas realice las gestiones pertinentes para la aprobación en su totalidad de los procedimientos del SIG, puesto que se evidencia documentos con el anterior software de SAFIX.

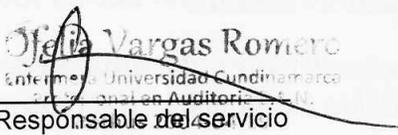
7.6. Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación: Se recomienda documentar y gestionar la aprobación del único procedimiento del área con las políticas definidas y sus actividades.

Finalmente se concluye que el proceso de **Auditoría de Cuentas Médicas** presenta cumplimiento del **97.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

8. **FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Ofelia Vargas Romero  
 Intermedia Universidad Cundinamarca  
 Profesional Auditoría  
 Responsable del servicio  
 C.C. 65.755.500

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 5

### ***EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO***

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **16** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Ajustar los procedimientos al sistema de información. *Se cuenta con los documentos aprobados, publicados y socializados.* <http://www.hflleras.gov.co/intranet/component/phocadownload/category/73-12-2-talento-humano> **2.** Formular el plan de capacitación de acuerdo a las necesidades Institucionales, implementarlo y evaluarlo. *El PIC 2020 se encuentra publicado y se dio un cumplimiento de 100% a las actividades programadas.* **3.** Elaborar e implementar un programa para impactar la cultura organizacional fomentando el desarrollo personal. *Se formuló para la vigencia 2020 el programa de cultura organizacional y se dio cumplimiento en 100% de las actividades programadas.* **4.** Identificar los cargos en vacancia provistos y no provistos. *Se realizó la consolidación de cargos los provistos y no provistos* **5.** Consolidar los cargos en vacancia. *Se consolido los cargos vacantes* **6.** Reportar el Plan Anual de Vacantes al Departamento Administrativo Función Pública y cuando se solicita expreso a la Comisión Nacional del Servicio Civil. *Se elaboró el Plan Anual de Vacantes para la vigencia 2020, el cual fue enviado al Departamento Administrativo de la Función Pública* **7.** Determinar las necesidades de talento humano para atender los requerimientos presentes y futuros institucionales. *Se realizaron los actos administrativos necesarios con el objetivo de suplir las necesidades de personal durante el 2020.* **8.** Identificar la forma de cubrir las necesidades cuantitativas y cualitativas de personal para el periodo anual. *Se realizó la vinculación de personal cumpliendo el 100% con la normatividad vigente.* **9.** Estimación de los costos de las necesidades y aseguramiento de su financiación. *Se realizó la proyección de presupuesto para el año 2020, dando cumplimiento en su ejecución.* **10.** Definir las políticas de Gestión del Talento Humano: Política de Planeación del Recurso Humano, Política de Ingreso, Política de Gestión, Política de Desarrollo y Política de Desvinculación. *Se formularon las políticas de Gestión del Talento Humano las cuales se encuentran en el Plan estratégico del Talento Humano 2020.* **11.** Contar con el Plan de Estratégico de Talento Humano. *Se formuló el Plan estratégico del Talento Humano para la vigencia 2020, y se realizaron las evaluaciones trimestrales las cuales se remitieron a la oficina de planeación y calidad.* **12.** Definir el programa de bienestar e incentivos para la vigencia. *Se formuló el Programa de Bienestar Social e Incentivos para la vigencia 2020.* **13.** Contar con presupuesto aprobado de la vigencia para ejecución. *El programa de bienestar e incentivos para la vigencia 2020 tuvo un presupuesto aprobado de \$82.002.000.00* **14.** Ejecutar el programa de bienestar e incentivos. *Durante la vigencia 2020 se ejecutaron las actividades programas dando cumplimiento a las medidas adoptadas a nivel nacional por temas de pandemia.* **15.** Cumplir con los requisitos del

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 5



Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Sistema Único de Habilitación. *Se elaboraron los formatos de listas de chequeo para la vinculación del personal, y se cuenta con formato aprobado en Excel para control de los requisitos de habilitación. 16.* Implementar el sistema de gestión del riesgo. *Se formula la matriz de riesgos para la vigencia 2020 y se realizaron las evaluaciones trimestrales, las cuales se remitieron a la oficina de planeación y calidad y control interno*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020.

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **1** riesgo el cual no está materializado reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Gestión de Talento Humano** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**GESTION TALENTO HUMANO:** Auditoria presentada mediante **OCI-083-2020** con fecha del **12/11/2020**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación**

No se encontraron Hallazgos

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión con valores para el resultado**

No se encontraron Hallazgos

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requieran.

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión de Conocimiento y la Innovación**

No se encontraron Hallazgos

#### **De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>MUNICIPALIDAD</small> <b>Federico Llerenas Roldán</b> <small>Departamento de Control Interno</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.1. Dimensión de Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando las hojas de vida cada vez que se requiera.

7.2. Dimensión de Información y Comunicación: Se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requerian.

7.3. Dimensión de Evaluación y Seguimiento: Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

Finalmente se concluye que el proceso de **Gestión Talento Humano** presenta cumplimiento del **100.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

Finalmente se concluye que el proceso de **Gestión Talento Humano** presenta cumplimiento del **100.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

**8. FECHA: Febrero de 2021**

**9. FIRMAS:**

\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

*Walter Gerardo Cuello*  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 5

### EVALUACION PROCESO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

#### 6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

**6.1** Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia **2020** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **45** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Ordenar, clasificar y organizar los documentos del área. Se tiene el inventario documental SST-tabla de retención documental. 2. Realizar seguimiento al despliegue y socialización de los documentos que conforman el sistema. Se realiza socialización del Código de Integridad del servicio público Colombiano y los valores del servidor público. 3. Realizar seguimiento al despliegue y socialización de los documentos que conforman el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se tiene el listado maestro de documentos y registros del área. 4. Socializar el Plan de Capacitación. Se socializa Plan de Capacitación. 5. Socializar el Plan de Bienestar e incentivos. Se socializa Plan de Bienestar-incentivos. 6. Socializar el POA del área. Se realiza socialización POA y plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo 7. Actualizar el Normograma de la dependencia. Se actualiza normograma del área. 8. Participar en la autoevaluación de estándares de Acreditación conforme a la Resolución 5095 de 2018 (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1) AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO. Se realiza autoevaluación del estándar de talento humano. 9. Participar en la formulación del plan de mejoramiento con base en hallazgos de autoevaluación de acreditación y de medición inicial de desempeño de los procesos priorizados. Se formula el plan de mejoramiento estándar Talento Humano. 10. Revisar los elementos que componen el MECI conforme al MIPG y verificar que se estén implementando en el área. Se realiza socialización MECI-MIPG. 11. Ejecución y medición de los controles establecidos para el área. Se realiza seguimiento trimestral a los controles del área. 12. Aplicar los estándares mínimos en seguridad y salud en el trabajo. Se realiza autoevaluación estándares mínimos. 13. Analizar las necesidades de la institución, se construye el plan anual de seguridad y salud en el trabajo. Se elabora plan anual de seguridad y salud en el trabajo. 14. Revisar, actualizar el Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad. Se revisaron los documentos del área SST. 15. Revisar, actualizar la política y objetivos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad. Se revisó y actualizo la política de seguridad y salud en el trabajo con el COPASST. 16. Revisar, actualizar los objetivos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad. Se revisó y actualizo los objetivos de seguridad y salud en el trabajo con el COPASST. 17. Socializar la política**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>FUNDACIÓN Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 2 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**y objetivos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad. Se socializo política SST en la inducción en seguridad y salud en el trabajo. 18. Comunicar al COPASST la Política de SST. Se comunicó política de seguridad y salud en el trabajo al COPASST. 19. Publicar en la Página Web y descansa pantallas la política y objetivos de SST. Se envió correo electrónico al área de comunicaciones y sistemas para publicación página web-descansa pantallas de política y objetivos SST. Se tiene publicada en la página web y salvapantallas. 20. Fijar en lugar visible la política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo (en carteleras de los servicios). Se solicitó a la oficina de planeación colocar en carteleras política-objetivos SST. 21. Revisar y actualizar la matriz de identificación de Peligros, Valoración y Evaluación de Riesgos, aplicando la metodología según GTC 45 ICONTEC-2012. Matriz actualizada. 22. Actualización plan anual de capacitación en seguridad y salud en el trabajo. Se actualizo plan anual de capacitación aprobado por calidad. 23. Convocatoria y conformación COPASST. Se tiene resolución conformación COPASST. 24. Elaborar programa de Seguridad Basada en el Comportamiento. Programa elaborado. 25. Elaborar programa de prevención de caídas en alturas. Programa elaborado. 26. Elaborar el programa de estilos de vida y trabajo saludable. Programa elaborado. 27. Definir los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se tienen los indicadores definidos. 28. Capacitar en SST a los Servidores vinculados a la entidad con asesoría de la ARL. Se capacita en seguridad y salud en el trabajo en los diferentes riesgos. 29. Capacitar y evaluar al COPASST con asesoría de la ARL. Se capacita y evalúa el COPASST. 30. Realizar inducción en SST a los servidores nuevos que se les realice examen de ingreso a la entidad. Se realizó inducción en seguridad y salud en el trabajo. 31. Realizar reinducción en SST a los servidores vinculados a la entidad. Se ha realizado reinducción en seguridad y salud en el trabajo. 32. Capacitación y Entrenamiento de Brigadas de emergencia con asesoría de la ARL. Se realizó capacitación brigada de emergencia. 33. Reunión Comité Hospitalario de Emergencias con asesoría de la ARL. Se realizó reunión CHE. 34. Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo. Se realizó investigación accidentes laborales. 35. Controlar estado elementos y materiales de los Botiquines de Primeros Auxilios. Se realizó inspección de botiquines. 36. Desarrollo de actividades en Medicina Preventiva. Se realizaron anticuerpos hepatitis B, vacunación hepatitis B, vacunación influenza, visiometría, audiometría valoración nutricional, laboratorios programa riesgo cardiovascular, laboratorios programa radiación ionizante, laboratorios programa riesgo químico. 37. Realizar visitas de inspección en las diferentes áreas del hospital. Se realizaron visitas de inspección. 38. Verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en las áreas asistenciales. Se realizaron listas de chequeo riesgo biológico. 39. Realización de exámenes de ingreso, egreso y periódicos. Se realizaron valoraciones médicas laborales. 40.**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>OFICINA</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Ministerio del Poder Judicial</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**Reporte de accidentes de trabajo dentro del plazo de 48 horas hábiles después de ocurrido. Se reportaron los accidentes laborales.41. Participar en la construcción del mapa de riesgos de seguridad Digital del proceso administrativo. Se elaboró mapa de riesgos de seguridad digital.42. Participar en la construcción del mapa de riesgos de corrupción del proceso administrativo. Se elaboró mapa de riesgos corrupción.43. Participar en la construcción del mapa de riesgos de gestión del proceso administrativo. Se elaboró mapa de riesgos gestión administrativa.44. Elaborar el plan de fortalecer los controles del área. Se evaluó la matriz de riesgos.45. Evaluando periódicamente la matriz de riesgos. Se evaluó la matriz de riesgos.**

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que hay cumplimiento de las acciones con un 100%.

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **1** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Seguridad y Salud en el Trabajo** en el teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** Auditoria presentada mediante **OCI-062-2020** con fecha del **24/09/2020**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

## HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

### De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Talento Humano

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto la Hoja de vida de personal se encuentra al día con la Documentación de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.  
No se evidencia ningún Hallazgo.

### De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direcciónamietno Estratégico y Planeación

No se evidencia Hallazgo.

### De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación

No se evidencia Hallazgo.

### De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación por resultados

No se evidencia Hallazgo.

## 7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Dimensión de Talento Humano: Continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

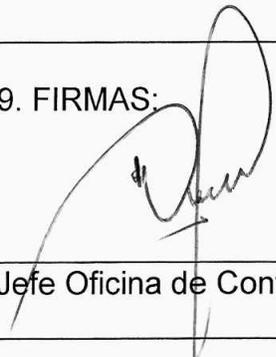
<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>OFICINA</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1947 - 2011</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Finalmente se concluye que el proceso de **Seguridad y Salud en el Trabajo** presenta cumplimiento del **100%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

8. FECHA: Febrero de 2021

9. FIRMAS:

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 6

### *EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN.*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **25** compromisos con un resultado del **84%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Realizar seguimiento al avance del afinamiento y estabilización de las aplicaciones en producción del Software DGH. Se anexa Informe de actividades de Gerente de Proyecto Enero-Febrero-Marzo, Abril-Mayo-Junio, Julio-Agosto-Septiembre a Diciembre.** **2. Realizar seguimiento a los casos abiertos para solucionar del software DGH. Se anexa el archivo con su respectivos seguimiento.** **2-Ejecutar la implementación de los módulos - Realizar seguimiento a casos abiertos SYAC a Diciembre 31 – 2020.** **3. Actualizar las tablas relacionadas con TI. Ya se realizó la actualización con el área de Gestión Documental.** **4. Actualizar documento del análisis de las dimensiones inherentes a TI, furag. Generación de acciones de mejora Evaluación plan MIPG a 31 de Diciembre 2020.** **5. Ejecutar las actividades del plan de trabajo en coordinación con el Grupo de Gobierno Digital. Se diligencia Matriz ITA. Se instala PQRS en la página Web <http://hfl.qfdocument.com/pqrs/HomeUSR/Login>.** **6. Realizar el análisis de conveniencia para el desarrollo de la Primera Fase de IPv4 a IPv6. GA-FR-045 Análisis de Conveniencia versión 6 Proceso de Transición IPV4-IPV6\_V\_23\_09\_2020 CLAUSULADO Y CONSTANCIA SECOP 2 CTO 2020-0615 ECOMIL.** **7. Desarrollar Primera Fase de IPv4 a IPv6, para dar cumplimiento a la normatividad vigente. GA-FR-045 Análisis de Conveniencia versión 6 Proceso de Transición IPV4-IPV6\_V\_23\_09\_2020 CLAUSULADO Y CONSTANCIA SECOP 2 CTO 2020-0615 ECOMIL.** **8. Realizar afinamiento de los servidores e infraestructura alrededor para su correcto funcionamiento. Se anexa archivo Generación de Acciones - Realizar Afinamiento de los servidores Diciembre 31 2020.** **9. Realizar la documentación de la infraestructura física relacionada con los servidores e IPv4 - IPv6. Se anexa archivo de la infraestructura física relacionada con los servidores e IPv4-IPv6: INVENTARIO\_DIAGNOSTICO TIC\_IPV6.** **10. Renovar el Cableado de red de la institución que está en categoría 5,5e y cableado de fibra entre los racks. No se ejecutó esta cambio de cableado se dejó para el 2021.** **11. Actualizar el Plan Estratégico de Tecnología de la Información – PETI. Se anexa archivo de PETI actualizado: 5. Generación de acciones de mejora - Evaluación PETI Dicie 31 -2020.** **12. Evaluación del PETI. Se anexa documento 5. Generación de acciones de mejora - Evaluación del PETI.** **13. Actualizar Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información – PTRSPI. Se anexa documento 5. Generación de acciones de mejora - Plan Tratamiento de Riesgos.** **14. Evaluación del PTRSPI. Se anexa archivo - 5-Gestion del Riesgo MATRIZ DE RIESGOS CONSOLIDADA-EVAL-31-**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**Diciembre-2020.15. Implementar Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.** Se anexa avance del documento GA-MN-003-MANUAL-DE-SEGURIDAD-Y-CONFIABILIDAD-DE-LA-INFORMACION-V1-CC con acciones a ejecutar.**16. Evaluación del plan de seguridad y privacidad de la información.** Se anexa Evaluación Plan de Riesgos Seguridad y Privacidad de la Información al Diciembre 31-2020.**17.Liderar la autoevaluación de los estándares de Acreditación de Gerencia de la Información.** Se anexa avance del documento GA-MN-003-MANUAL-DE-SEGURIDAD-Y-CONFIABILIDAD-DE-LA-INFORMACION-V1-CC.**18. Diseñar el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de Acreditación según la autoevaluación realizada.** Se anexa avance del documento GA-MN-003-MANUAL-DE-SEGURIDAD-Y-CONFIABILIDAD-DE-LA-INFORMACION-V1-CC.**19.Evaluar periódicamente el plan de mejoramiento.** Se anexa avance del documento GA-MN-003-MANUAL-DE-SEGURIDAD-Y-CONFIABILIDAD-DE-LA-INFORMACION-V1-CC.**20. Ejecutar y medir de los controles establecidos para el área.** Lista de Chequeo Adherencia de Documentos\_Dic31 2020. **21. Participar en la elaboración de la matriz de riesgos de seguridad Digital del proceso.** Se anexa archivo - 5-Gestion del Riesgo MATRIZ DE RIESGOS CONSOLIDADA-EVAL-31-Diciembre-2020.**22. Participar en la elaboración de la matriz de riesgos de corrupción del proceso.** Se anexa archivo - 5-Gestion del Riesgo MATRIZ DE RIESGOS CONSOLIDADA-EVAL-31-Diciembre-2020. **23. Participar en la elaboración de la matriz de riesgos de gestión del proceso.** Se anexa archivo - 5-Gestion del Riesgo MATRIZ DE RIESGOS CONSOLIDADA-EVAL-31-Diciembre-2020. **24. Elaborar el plan para fortalecer los controles del área.** Lista de Chequeo Adherencia de Documentos\_Dic31 2020. **25. Participar en la Evaluación periódicamente la matriz de riesgos del proceso.** Gestión del Riesgo MATRIZ DE RIESGOS CONSOLIDADA-EVAL-31-Diciembre-2020.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **84%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) **Realizar seguimiento al avance del afinamiento y estabilización de las aplicaciones en producción del Software DGH** (Con un **92%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2) **Realizar seguimiento a los casos abiertos para solucionar del software DGH** (Con un **93%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 3) **Ejecutar las actividades del plan de trabajo en coordinación con el Grupo de Gobierno Digital** (Con un **33%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 4) **Renovar el Cableado de red de la institución que están en categoría 5,5e y**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

<p><b>cableado de fibra entre los racks</b> (Con un <b>0%</b> de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).</p> <p><b>5) Evaluación del plan de seguridad y privacidad de la información.</b> (Con un <b>25%</b> de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).</p> <p><b>6) Evaluar periódicamente el plan de mejoramiento.</b> (Con un <b>50%</b> de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).</p> <p><b>6.3</b> En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos <b>1</b> riesgo en el cual no se encuentra materializado reflejando en su información el <b>100%</b> de cumplimiento.</p> <p><b>6.4</b> Se realizó la visita de auditoria al Proceso de <b>TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN</b> teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.</p> <p>Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.</p> <p><b><u>TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN</u></b> : Auditoria presentada mediante <b>OCI-032-2020</b> con fecha del <b>06/06/2020</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Hallazgos y recomendaciones de la Auditoria.</b></p> <p><b>Hallazgos y recomendaciones de la Auditoria.</b></p> <p><b>De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de <u>Talento Humano</u></b></p> <p>La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto la Hoja de vida de personal se encuentra al día con la Documentación de los funcionarios. Se</p>
--

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Rosete</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación**

**No se evidencia Hallazgo**

Mas sin embargo en cuanto al **CAMBIO DE IPV4 A IPV6 (implementación)** se recomienda que el área adelante acciones correspondientes y realice un análisis de conveniencia oportuno, para contratar profesionales y equipo necesario para implementar estos protocolos toda vez que de acuerdo a recomendaciones del Ministerio de las Tecnologías de la Información, este cambio de protocolo se debe implementar antes del cierre de la vigencia 2.020, de lo contrario el Hospital podría quedarse incomunicado en temas de conexión a internet, afectando posiblemente el sistema de información. Se mantiene esta Recomendación.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación con Valores para el Resultado**

**No se evidencia Hallazgo.**

Se recomienda que una vez los documentos se encuentre aprobados al 100% sean socializados al personal que labora en ella.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación de Resultados**

En cuanto a la Evaluación de Resultados **NO** se encuentran Hallazgos ya que se realizó la respectiva Evaluación por la Dependencia el cual arroja un porcentaje del cumplimiento del **97.0%**.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**No se encontraron Hallazgos**

Más sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de gestión del conocimiento y la innovación**

**No se evidencia Hallazgo.**

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar el 16% restante del total de actividades para el cumplimiento total de los compromisos del área.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2. Realizar el 8% restante de las actividades para el seguimiento al avance del afinamiento y estabilización de las aplicaciones en producción del software DGH.

7.3. Realizar el 7% restante de las actividades para el seguimiento a los casos abiertos para solucionar del software DGH.

7.4. Ejecutar las actividades correspondientes al 67% del plan de trabajo en coordinación con el Grupo de Gobierno Digital.

7.5. Renovar el Cableado de red de la institución que están en categoría 5,5e y cableado de fibra entre los racks.

7.6. Realizar actividades correspondientes al 75% de la **evaluación del plan de seguridad y privacidad de la información.**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>UNIVERSIDAD</small> <b>Federico Lleras Abenda</b> <small>1958</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 6 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**7.7.** Realizar el 50% restante de la evaluación periódica del plan de mejoramiento.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.8. Dimensión de Talento Humano: Gestionar la asignación de un profesional universitario que ejerza las funciones de Líder del proceso.

7.9. Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: en el cambio de IPV4 A IPV6 (implementación), se recomienda atender las recomendaciones del equipo auditor.

7.10. Dimensión de Evaluación con Valores para el Resultado: Se recomienda que los documentos aprobados sean socializados al personal que labora en ella.

7.11. Dimensión de Información y Comunicación: se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

Finalmente se concluye que el proceso de **Sistemas de Información** presenta cumplimiento del **89.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

8. FECHA: Febrero de 2021

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 5	

### ***EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO DE COMPRAS***

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **13** compromisos con un resultado del **93%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Realizar capacitaciones y acompañamiento a los líderes de los proceso o a sus delegados, para dar continuidad al proceso de contratación Sistema Electrónico de Contratación Pública Secop II. *Se realizó capacitación a los supervisores por parte de empresa contratista para reforzar el manejo de la plataforma de secop II y la responsabilidad frente al proceso contractual.* **2.** Ingresar los contratos, actas, adiciones, prorrogas y modificaciones, que se elaboran en el area de compras al sistema Dinamica, Secop I, Secop II y SIA observa, *El proceso de contratación en Secop II se está adelantando al 100% en el último trimestre, se rinde el informe de SIA observa, Se suben los contratos a Dinámica.* **3.** Realizar seguimiento al proceso de contratación en las diferentes plataformas, *Se lleva control de los contratos elaborados Vs contratos legalizados, semáforo en Excel* **4.** Actualizar el procedimiento de acuerdo al software y al sistema de contratación publica, Se presentó a la junta directa el estatuto de contratación el cual fue aprobado, *el área jurídica realizo contrato para la elaboración de los manuales de contratación.* **5.** Actualizar el manual para la gestión de compras de acuerdo al sistema de información. *Del área jurídica se realizó contrato para la elaboración del manual de contratación que incluye el proceso de compras* **6.** Enviar la información clasificada según tablas de retención aprobadas y según cronograma de gestión documental. *Los documentos se entregan según las capacitaciones que se han venido dictando por gestión documental y tablas de retención.* **7.** Plan anual de adquisiciones. *Se actualizo el PAA se publicó en el Secop II y Pagina Web del Hospital* **8.** Adelantar procesos de convocatoria pública que permita la pluralidad de oferentes. *Todos los procesos de convocatoria se adelantan por Secop II* **9.** Solicitud de pre cotizaciones para estudio de mercado y posteriormente cotizaciones para surtir el proceso de selección y adjudicación. *Se tiene directorio de proveedores.* **10.** Revisión de los procesos para la racionalización de los recursos. *Se trabaja con todo el grupo la racionalización de los recursos constantemente, ahorro de energía, reutilización de papel, entre otros , solicitud de Insumos* **11.** Realizar capacitaciones a los funcionarios del área. *Todo el grupo de compras realizo el curso de integridad , transparencia y lucha contra la corrupción, curso de factura electrónica con la cámara de comercio de Ibagué y cursos con Colombia compra eficiente* **12.** Elaborar el Plan de mejoramiento teniendo en cuenta la autoevaluación del área. *Se concertaron compromisos por parte de la subgerencia con los funcionarios de carrera* **13.** Participar en la elaboración del plan de gestión del riesgos del proceso de Gestión Administrativa. *Se elaboró la matriz de los riesgos de anticorrupción - Tecnología de Información y los riesgos de gestión.* **14.** Realizar el seguimiento a los riesgos y la evaluación en los términos definidos y al control de

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

verificación de sarlaf. *Se hace seguimiento a las medidas y no se tramitan contratos que no tengan diligenciados el Sarlaf*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **87%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.) Actualizar el manual para la gestión de compras de acuerdo al sistema de información. (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2.) Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación en los términos definidos y al control de verificación de sarlaf. (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **1** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Compras** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECl y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**COMPRAS:** Auditoria presentada mediante **OCI-007-2021** con fecha del **12/01/2021**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>EMPRESA Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación se tienen los siguientes hallazgos:**

***Hallazgo:** El área de Compras no cuenta con el Manual aprobado para la elaboración del plan anual de adquisiciones, este hallazgo se ha reportado desde la vigencia 2018 y 2019.*

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

***Hallazgo:** la oficina de Compras, no tiene los procedimientos del SIG aprobados en su totalidad, esta observación se presenta desde la auditoría de la vigencia 2017.*

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Control Interno se tienen los siguientes hallazgos:**

***Hallazgo:** La oficina de Compras, no envía información relacionada con planes de mejoramiento producto de evaluaciones de control interno, pese a las solicitudes mediante correo electrónico.*

#### **7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1. Realizar el 7% de las actividades no ejecutadas en los 13 compromisos de la dependencia. Es necesario aclarar si son 13 o 14 compromisos por cuanto se registran estos últimos en "Compromisos registrados por el área".

7.2. Realizar seguimiento para el cumplimiento en los términos de entrega al contrato de elaboración del manual de contratación que incluye el proceso de compras y así lograr el

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Aldama</b> <small>Seguro - Saludable</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 4 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

pleno cumplimiento del compromiso 5.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3. Realizar el 50% faltante de la actualización del manual para la gestión de compras de acuerdo al sistema de información.

7.4. Realizar el 25% faltante del seguimiento a los riesgos y evaluación en los términos definidos y al control de verificación del SARLAF.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.5. Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Realizar las gestiones pertinentes para que el área de Compras cuente con el Manual aprobado para la elaboración del plan anual de adquisiciones, este hallazgo es reiterativo por cuanto se ha reportado desde las vigencias 2018 y 2019.

7.6. Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación: Realizar las gestiones pertinentes para la aprobación de los procedimientos del SIG aprobados en su totalidad. Este hallazgo es reiterativo por cuanto se ha reportado desde la vigencia 2017.

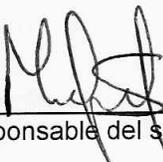
7.7. Dimension de Control Interno: Enviar la información relacionada con planes de mejoramiento producto de las evaluaciones de la Oficina de Control Interno, la que no ha sido reportada pese a solicitud mediante correo electronico para evitar sanciones de por violaciones a la Ley 87 de 1993 y demás normatividad vigente.

Finalmente se concluye que el proceso de **Compras** presenta cumplimiento del **93.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. FECHA: **Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 4

### EVALUACION DEPENDENCIAS AREA ADMINISTRACIÓN DE INVENTARIOS Y ALMACÉN.

#### 6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

**1.6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia **2020** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **20** compromisos con un resultado del **95%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Reportar inconsistencias presentadas en el desarrollo del módulo de inventarios y almacén. Se realizaron requerimientos al administrador del software. 2. Realizar seguimiento a los requerimientos presentados a los administrados del software. Se registraron en la tabla y se realiza seguimiento. 3. Realizar cruce de información con el área contable para definir los saldos de inventarios. Mensualmente se realizan reportes a contabilidad, remisiones, préstamos, cambios de mercancía, cuenta fiscal. 4. Realizar bajas a que haya lugar según saldos definidos. Se suscribió contrato de prestación de Servicios para PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL AVALUO DE LOS BIENES MUEBLES INSERVIBLES DADOS DE BAJA Y QUE SE ENCUENTRAN EN LA SEDE EL LIMONAR DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE TOLIMA ESE. 5. Realizar inventario en las áreas del hospital. Se generó reporte Existencias 28122020-COVID CON PROMEDIO. 6. Actualizar permanentemente las novedades de inventarios reportadas por las áreas. Se realizaron en el tercer trimestre 105 traslados por las diferentes áreas. 7. Identificar los bienes dañados, en desuso y obsoletos y realizar la baja. Se suscribió contrato de prestación de Servicios para PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL AVALUO DE LOS BIENES MUEBLES INSERVIBLES DADOS DE BAJA Y QUE SE ENCUENTRAN EN LA SEDE EL LIMONAR DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE TOLIMA ESE. 8. Gestionar la adquisición del programa de seguros de los bienes muebles e inmuebles del hospital. Se encuentran asegurados los bienes muebles e inmuebles propiedad del hospital mediante pólizas adjuntas. Se inició proceso de contratación para la vigencia 2020 - 2021. Mediante contrato N°. 2020-0624. 9. Socializar el código de integralidad de la Institución al personal. La socialización se llevó a cabo el 18/06/2020 las 2:30 pm, con asistencia de todos los funcionarios del área. 10. Socializar el Plan de Capacitación. La socialización se llevó a cabo el 02/12/2020 las 3:00 pm, con asistencia de todos los funcionarios del área. 11. Socializar el Plan de Bienestar e incentivos. La socialización se llevó a cabo el 29/09/2020 las 2:00 pm, con asistencia de todos los funcionarios del área. 12. Socializar el POA del área. La socialización se llevó a cabo el 18/06/2020 las 3:00 pm, con asistencia de todos los funcionarios del área. 13. Realizar autoevaluación de estándares de Acreditación conforme a la Resolución 5095 de 2018 (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1) Liderar el proceso. Se participó en el proceso los días 20, 29 de mayo y 19 de junio del presente año. 14. Formular plan de mejoramiento con base en hallazgos de**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**autoevaluación de acreditación y de medición inicial de desempeño de los procesos priorizados.** *Se participó en el proceso los días 20, 29 de mayo y 19 de junio del presente año.***15. Ejecutar el plan de mejoramiento formulado con base en hallazgos de autoevaluación de acreditación y de medición inicial de desempeño de los procesos priorizados y remitir evidencias mensualmente a OAPC.** *Se participó en el proceso los días 20, 29 de mayo y 19 de junio del presente año.***16. Ejecución y medición de los controles establecidos para el área.** *Se envió evaluación del plan de mejoramiento con corte a 30/09/ 2020.* **17. Participar en la construcción del mapa de riesgos de seguridad Digital del proceso administrativo.** *Se participó en el proceso de construcción junto con grupo de gestión administrativa.***18. Participar en la construcción del mapa de riesgos de seguridad Digital del proceso administrativo.** *Se participó en el proceso de construcción el día 22/01/2020.***19. Elaborar el plan de acción para fortalecer los controles del área.** *Se participó en el proceso de construcción junto con grupo de gestión administrativa.***20. Evaluación periódicamente la matriz de riesgos.** *Se envió evaluación del plan de mejoramiento con corte a 30/06/ 2020.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo **2020** en el **95%** Con corte al 31 de Diciembre de **2020** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1) Ejecución y medición de los controles establecidos para el área.** (Con un **25%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos de Mantenimiento se encuentran inmerso dentro de la Gestión Administrativa en el cual están definidos **1** riesgo de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al área de **Administración de inventarios y Almacén** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 3 de 4

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**ADMINISTRACIÓN DE INVENTARIOS Y ALMACÉN** : Informe Auditoria 2020 presentada mediante **OCI-013-2021 vigencia 2020** con fecha del **05/02/2021**

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación de Resultados se tienen los siguientes hallazgos:

**Hallazgo:** El área de Inventarios y Almacén no envía información correspondiente a Evaluación de Gestión por Dependencias solicitado por la Oficina de Control Interno para la vigencia 2020.

De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:

**Hallazgo:** la oficina de Inventarios y Almacén, no tiene los procedimientos del SIG aprobados y actualizados en su totalidad.

De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Control Interno se tienen los siguientes hallazgos:

**Hallazgo:** La oficina de Inventarios y Almacén, no envía información relacionada producto de evaluaciones de control interno, pese a las solicitudes mediante correo electrónico.

### 7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar el 5% faltante de las actividades por terminar para el cumplimiento total de los compromisos.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>EMPRESA Federica Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2. Realizar el **75%** restante de las actividades para la ejecución y medición de los controles establecidos para el área.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.3. **Dimensión de Evaluación de Resultados:** Se recomienda que el área de Inventarios y Almacén envíe información correspondiente a Evaluación de Gestión por Dependencias solicitado por la Oficina de Control Interno para la vigencia 2020.

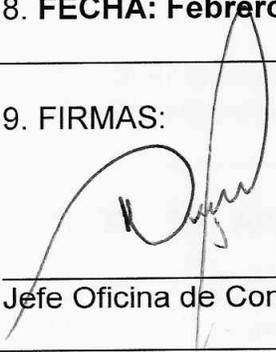
7.4. **Dimensión de Gestion del conocimiento y la innovación:** Se recomienda que la oficina de Inventarios y Almacén, realice las gestiones pertinentes para la actualización y aprobación de los procedimientos del SIG en su totalidad.

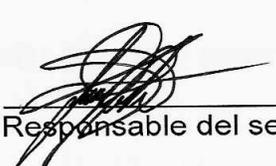
7.5. Dimensión de Control Interno: Se recomienda que la oficina de Inventarios y Almacén, envíe información relacionada producto de evaluaciones de control interno, pese a las solicitudes mediante correo electrónico.

Finalmente se concluye que el área de **Administración de Inventarios y Almacén** presenta cumplimiento del **96.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. FECHA: **Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 6

### EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO MANTENIMIENTO

#### 6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

**Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **19** compromisos con un resultado del **68 %**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Elaborar diagnóstico de las áreas proyectadas en el plan de reordenamiento físico. Se está actualizando el plan de reordenamiento por la oficina de planeación y calidad. 2. Elaborar diagnóstico de las áreas proyectadas en el plan de reordenamiento físico para cumplir las acciones del plan de reordenamiento. Se está actualizando el plan de reordenamiento por la oficina de planeación y calidad. 3. Realizar seguimiento semestral a la ejecución del plan de mantenimiento (infraestructura). Se realizó seguimiento semestral del plan de infraestructura, en el formato de cronograma de mantenimiento de infraestructura. 4. Clasificar, depurar y organizar la documentación a transferir de acuerdo al cronograma de Gestión Documental. Actividad en continuo proceso. 5. Elaborar y/o Actualizar los documentos del SIG correspondientes al Grupo de mantenimiento. Acta de socialización de los documentos aprobados al contratista de mantenimiento de equipo biomédico y mantenimiento integral, Acta de socialización del código. 6. Socializando los documentos del SIG. Acta de socialización de los documentos aprobados al contratista de mantenimiento de equipo biomédico y mantenimiento integral, Acta de socialización del código. 7. Socializar el código de integralidad de la Institución al personal. De integridad al personal de mantenimiento y contratista. 8. Realizar Autoevaluación de los requisitos de habilitación conforme a la resolución 3100 del 2019. Archivos de autoevaluación enviado a OPAC, anteriormente. 9. Formular plan de mejoramiento con base en hallazgo de incumplimientos de habilitación. Por covid 19 no se adelantó las reuniones con los servicios, a la fecha no se ha recibido retroalimentación para elaborar plan de mejoramiento. 10. Ejecutar el plan de mejoramiento formulado con base en hallazgos de autoevaluación de habilitación y remitir evidencias mensualmente a OAPC. No hubo plan de mejoramiento de autoevaluación de habilitación. 11. Realizar autoevaluación de estándares de Acreditación conforme a la Resolución 5095 de 2018 (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1) Liderar el proceso. Se entregó la documentación correspondiente a la fase 1 establecida para la vigencia. 12. Formular plan de mejoramiento con base en hallazgos de autoevaluación de acreditación y de medición inicial de desempeño de los procesos priorizados. Se entregó la documentación correspondiente a la fase 1 establecida para la vigencia. 13. Ejecutar el plan de mejoramiento formulado con base en hallazgos de autoevaluación de acreditación y de medición inicial de desempeño de los procesos priorizados y remitir evidencias mensualmente a OAPC. Se entregó**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*la documentación correspondiente a la fase 1 establecida para la vigencia. 14. Ejecución y medición de los controles establecidos para el área MECI. Informe mensual de indicadores de mantenimiento. 15. Participar en la construcción del mapa de riesgos de seguridad Digital del proceso administrativo. Se realizó el plan de gestión del riesgo y se realiza la evaluación trimestral de acuerdo al proceso de Gestión Administrativa y financiera. 16. Participar en la construcción del mapa de riesgos de corrupción del proceso administrativo. Se realizó el plan de gestión del riesgo y se realiza la evaluación trimestral de acuerdo al proceso de Gestión Administrativa y financiera. 17. Participar en la construcción del mapa de riesgos de gestión del proceso administrativo. Se realizó el plan de gestión del riesgo y se realiza la evaluación trimestral de acuerdo al proceso de Gestión Administrativa y financiera. 18. Elaborar el plan de fortalecer los controles del área. Se realizó el plan de gestión del riesgo y se realiza la evaluación trimestral de acuerdo al proceso de Gestión Administrativa y financiera. 19. Evaluación periódicamente la matriz de riesgos. Se realizó el plan de gestión del riesgo y se realiza la evaluación trimestral de acuerdo al proceso de Gestión Administrativa y financiera.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **74%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) Clasificar, depurar y organizar la documentación a transferir de acuerdo a cronograma de Gestión Documental (Con un **80%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/**2020**).
- 2) Elaborar y/o Actualizar los documentos del SIG correspondientes al Grupo de mantenimiento (Con un **80%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/**2020**).
- 3) Socializando los documentos del SIG (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/**2020**).
- 4) Realizar seguimiento semestral a la ejecución del plan de mantenimiento (infraestructura) (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/**2020**).
- 5) Elaborar diagnóstico de las áreas proyectadas en el plan de reordenamiento físico (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/**2020**)
- 6) Formular plan de mejoramiento con base en hallazgo de incumplimientos de habilitación (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/**2020**)
- 7) Ejecutar el plan de mejoramiento formulado con base en hallazgos de autoevaluación de habilitación y remitir evidencias mensualmente a OAPC. (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/**2020**)

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.3** En el Mapa de Riesgos de Mantenimiento se encuentran inmerso dentro de la Gestión Administrativa en el cual están definidos **1** riesgo de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Mantenimiento** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**MANTENIMIENTO:** Informe Auditoria **2020** presentada mediante **OCI-014-2020** con fecha del **17/02/2020**

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Talento Humano**

La Oficina de Control Interno de acuerdo con lo revisado en cuanto a las Hojas de vida del personal se encuentran al día con la Documentación de cada uno de los funcionarios. Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamietno Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestión con valores para el resultado**

No se encontraron Hallazgos

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 UNIVERSIDAD Federico Lleras Acosta
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 4 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requerian.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión de Conocimiento y la Innovación**

No se encontraron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación y seguimiento.**

Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el total cumplimiento de los compromisos se deben realizar las siguientes actividades:

7.1 Terminar la actualización del plan de reordenamiento por la oficina de Planeación y Calidad en el diagnóstico de las áreas proyectadas en el plan de reordenamiento físico.

7.2. Continuar con la Clasificación, depuración y organización de la documentación a transferir de acuerdo al cronograma de Gestión Documental.

7.3. Adelantar las reuniones con los servicios no realizadas por el Covid 19 y solicitar retroalimentación para la elaboración del plan de mejoramiento con base en hallazgos de incumplimiento de habilitación.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.4. Realizar el 20% restante de las actividades para la clasificación, depuración y organización de la documentación a transferir de acuerdo al cronograma de Gestión Documental.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.5. Realizar el 20% de las actividades restantes para elaborar y/o actualizar los documentos del SIG correspondientes al Grupo de mantenimiento.

7.6. Realizar el 25% restante de la socialización de los documentos del SIG.

7.7. Realizar el 50% restante de las actividades para el seguimiento semestral a la ejecución del plan de mantenimiento (infraestructura).

7.8. Elaborar diagnóstico de las áreas proyectadas en el plan de reordenamiento físico.

7.9. Formular plan de mejoramiento con base en hallazgo de incumplimientos de habilitación.

7.10. Ejecutar el plan de mejoramiento formulado con base en hallazgos de autoevaluación de habilitación y remitir evidencias mensualmente a OAPC.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoría se debe:

7.11. Dimensión de Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

7.12. Dimensión de Información y Comunicación: Se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que requieran.

7.13. Dimensión de Evaluación y Seguimiento: Se recomienda realizar Planes de Mejoramiento Individual a los funcionarios de Carrera en el momento que se requiera.

Finalmente se concluye que el área de **Mantenimiento** presenta cumplimiento del **81.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. FECHA: **Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

  
\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 6

### *EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **33** compromisos con un resultado del **85 %**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

**1.** Actualizando los documentos del área a las ayudas tecnológicas y a la normatividad. *se actualizo el instructivo de archivo de gestión, Instructivo disposición final de documentos, instructivo implementación de tablas de retención documental.* **2.** Elaborar, aprobar y publicar el plan institucional de archivo. *Se actualizo el Plan Institucional de archivo - PINAR, en el mes de enero de 2020.* **3.** Actualizar, aprobar y publicar el cuadro de clasificación documental. *Se realizo la actualización y aprobación por parte del comité interno de archivo y se encuentran en el proceso de convalidación por parte del consejo departamental de archivo.* **4.** Actualización de las mismas y Socialización de las TRD. *Se realizo la actualización y aprobación por parte del comité interno de archivo y se encuentran en el proceso de con validación por parte del consejo departamental de archivo.* **5.** Realizar la solicitud de convenio para el inventario de archivos de gestión en el formato de único de inventario FUID. *Se realizó la solicitud de convenio a la oficina de docencia para que haga el trámite con el sena.* **6.** Elaborando y aprobando el cronograma para las Transferencias documentales. *Se dejo plasmado el cronograma para el año 2021.* **7.** Proyectar la reorganizacion de los depósitos de archivo y realizando seguimiento a la asignación de nuevos espacios. *Se encuentra en la nueva proyección con las directrices de la oficina de planeación y calidad.* **8.** Traslado o movimientos de archivos de otras unidades u oficinas. *Se realizó el traslado en el mes de enero de 2019 de 620 cajas de la oficina de facturación y radicación de la sede francia al limonar.* **9.** Depuración de copias de fondos acumulados. *Se recibió la solicitud de parte de la UCI 3° PISO para la depuración de documentos de apoyo a la gestión y que no se encuentran en las tablas de retención documental.* **10.** Socializar el instructivo de eliminación de documentos. *Se realizó la socialización con los integrantes de la oficina de gestión documental en el mes de Noviembre de 2020. Se realizó una modificación al nombre por Instructivo de disposición final.* **11.** Realizar el cronograma de aseo e informar de la reparación locativa. *Se envió la información a la oficina de gestión ambiental y servicio de apoyo logístico* **12.** Formular y elaborar el programa de documento electrónico de archivo. **13.** Digitalizando el 100% de historias clínicas activas. *Se deja el soporte de la digitalización de las historias clínicas en un informe de octubre a diciembre de 2020.* **14.** Socializar el mecanismo para la construcción de los flujos de los documentos. *Se encuentra listo el flujo de PQRS para la implementación en el software QFDUMENT.* **15.** Parametrizando en el software de gestión documental los flujos enviados por las diferentes oficinas. *Se inicia desde el mes de octubre su puesta en marcha por la oficina de atención al usuario.* **16.** Identificar, inventariar y empacar 40.000 historias clínicas para eliminar que ya

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>AUDITORÍA GENERAL DE LA FEDERACIÓN</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Supremo del Poder Judicial de la Federación</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

cumplieron su tiempo de retención. Se han realizado el inventario y embalaje de 40,000 historias clínica **17**. Realizando la actualización del diagnóstico integral de archivos. Se *actualizo en el mes de febrero el diagnóstico integral de archivo.* **18**. Actualizando del Programa de Gestión Documental – PGD. **19**. Documentar los procedimientos del programa de gestión documental. **20**. Seguimiento a los avances del modelo. *Se han enviado 4 evaluaciones al funcionario encargado del manejo de MIPG.* **21**. Elaborando y aprobando el documento Sistema Integrado de Conservación – SIC. *Se está realizando la debida actualización del documental como lo solicita la norma.* **22**. Clasificación y organizar los fondos acumulados. Se intervino el fondo documental de historias clínicas **23**. Articular la gestión documental con la política de gestión ambiental. **24**. Diagnóstico para preservación digital a largo plazo. *Se está realizando la debida actualización del documental como lo solicita la norma (se encuentra en el sistema integrado de conservación)* **25**. Monitoreo y control (con equipos de medición) de condiciones ambientales. *Se dejan los soportes del registro que se lleva a diario en los archivos de las condiciones ambientales.* **26**. Definir el modelo de requisitos de gestión de documentos electrónicos - Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA. **27**. Seguimiento a la ejecución del plan de capacitación del personas del área y demás funcionarios de la institución con temas afines a la gestión documental. *Se participó en el seminario de Presupuesto de Entidades Públicas con Énfasis en Empresas Sociales del Estado. Curso de interoperabilidad de la historia clínica electrónica.* **28** . Ejecución y medición de los controles establecidos para el area *Se programara la capacitación para la oficina con el apoyo de la control interno para el tercer trimestre.* **29**. Participar en la construcción del mapa de riesgos de seguridad Digital del proceso administrativo. *Se apoyó en la construcción y ejecución de la matriz, pero no debo evaluar ninguna actividad en la misma.* **30**. Participar en la construcción del mapa de riesgos de corrupción del proceso administrativo. *Se apoyó en la construcción y ejecución de la matriz.* **31**. Participar en la construcción del mapa de riesgos de gestión del proceso administrativo. *Se apoyó en la construcción y ejecución de la matriz.* **32**. Elaborar el plan de fortalecer los controles del área. Se cuenta con el formato de indicadores. **33**. Evaluación periódicamente la matriz de riesgos. *Se envié a la oficina de control interno y planeación y calidad para su evaluación y seguimiento adjuntando sus respectivos soportes.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **85%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1). Formular y elaborar el programa de documento electronico de archivo.** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>AUDITORÍA General de la Federación Lleras Arias</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**2). Actualizando del Programa de Gestión Documental - PGD** (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**3). Documentar los procedimientos del programa de gestión documental** (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**4). Articular la gestión documental con la política de gestión ambiental** (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020)

**5). Definir el modelo de requisitos de gestión de documentos electrónicos - Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA.** (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020)

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **1** riesgo de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Gestión Documental** Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**GESTIÓN DOCUMENTAL : Auditoria presentada mediante OCI-093-2020 con fecha del 28/12/2020**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Fonseca</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Talento Humano**

No se presentaron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación**

No se presentaron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación por resultados**

No se presentaron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Información y Comunicación**

No se encontraron Hallazgos, mas sin embargo se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requerian.

En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación**

No se presentaron Hallazgos

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>UNIVERSIDAD</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1958</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación por resultados**

No se presentaron Hallazgos

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos se debe realizar las siguientes actividades:

7.1 Realizar el seguimiento y registrar el avance al compromiso 18 “Actualizando del Programa de Gestión Documental – PGD”, puesto que no registra en la actual auditoría.

7.2. Realizar el seguimiento y registrar el avance al compromiso 19 “Documentar los procedimientos del programa de gestión documental”, puesto que no registra en la actual auditoría.

7.3. Realizar el seguimiento y registrar el avance al compromiso 23 “Articular la gestión documental con la política de gestión ambiental”, puesto que no registra en la actual auditoría.

7.4. Programar capacitación en Ejecución y medición de los controles establecidos para el área con el apoyo de la oficina de Control Interno para el tercer trimestre.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.5. Formular y elaborar el programa de documento electrónico de archivo.

7.6. Realizar el 25% faltante de la actualización del Programa de Gestión Documental – PGD.

7.7. Documentar los procedimientos del programa de gestión documental.

7.8. Articular la gestión documental con la política de gestión ambiental.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Llerenas Acosta</b>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 6 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.9. Definir el modelo de requisitos de gestión de documentos electrónicos - Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

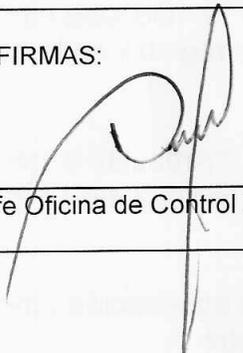
7.10. Dimensión de Información y Comunicación: Se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que Requeran.

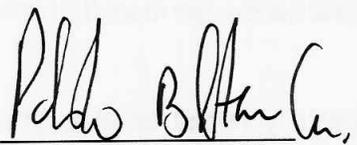
En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital.

Finalmente se concluye que el área de **Gestión Documental** presenta cumplimiento del **90.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

8. FECHA: Febrero de 2021

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 4

### ***EVALUACION DEPENDENCIAS GESTION AMBIENTAL Y SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO.***

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **12** compromisos con un resultado del **87 %**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Elaborar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico.** *El documento se encuentra en un 80% de elaboración. Para el próximo corte se tendrá en un 100%* **2. Actualizar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico.** *Los formatos de ajustados para el seguimiento de:*

- Ronda integral de aseo por servicio a áreas activas

- Ronda integral de aseo por servicio a áreas asistenciales

*se encuentran en la oficina de planeación para su verificación y posterior aprobación. Para el próximo corte ya se tendrá el documento aprobado y en aplicación*

**3. Socializar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico.** *Se socializo mediante correo electrónico el documento GA-PG-029 PIGA - Plan Institucional de Gestión Ambiental el 30 de Julio de 2020*

**4. Elaborar el Sistema de Gestión Ambiental.** *El documento se encuentra en un 80% de elaboración. Para el próximo corte se tendrá en un 100%*

**5. Realizar la transferencia documental que corresponda de acuerdo a la tabla de retención.** *No se pudo realizar transferencia documento debido a la falta de espacio por parte de archivo para su debido almacenamiento.*

**6. Realizar el proceso de eliminación documental que corresponda de acuerdo a la tabla de retención.** *No hubo documentación para eliminación.*

**7. Plan de actividades de gestión ambiental para desarrollar durante la vigencia 2020.**

**8. Socialización en los servicios de la manera correcta de segregar los residuos de acuerdo al tipo.** *Se anexan las planillas de asistencia a las capacitaciones de los meses de Julio - Septiembre.*

**9. Elaboración del documento PIGA.** *Se elaboró el documento PIGA y se aprobó con fecha 09/07/2020, Se anexa correo electrónico en el cual se aprueba el documento.*

**10. Actualización del PGIRASA.** *Se actualizo el documento PGIRASA para la vigencia 2020 con los servicios de la sede El Limonar. Documento aprobado con fecha 09/07/2020 - Se anexa correo electrónico en el cual se aprueba el documento.*

**11. Estudio de costo de las actividades asociadas a la gestión ambiental y el apoyo logístico al posible nuevo servicio de alta complejidad.** *Se envía al área de contabilidad y financiera el estudio de costos asociados a la etapa 1 de apertura de nuevos servicios en la sede El Limonar*

**12. Proceso de capacitación en temas como:** **1. Servicios prestados por el hospital, 2. Procesos de atención al usuario, 3. Atención al usuario interno y externo"**

*Se realizaron capacitaciones al personal de Seguridad y Vigilancia. Se anexan las planillas de asistencia a dicha capacitación.*

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **95%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1). **Actualizar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico** (Con un **80%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2). **Socializar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 3.) **Elaborar el Sistema de Gestión Ambiental** para dar cumplimiento al MECI (Con un **80%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020)
- 4.) **Proceso de capacitación en temas como:**
  1. **Servicios prestados por el hospital**
  2. **Procesos de atención al usuario**
  3. **Atención al usuario interno y externo** para dar cumplimiento al MECI (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020)

6.3 En el Mapa de Riesgos del área de Apoyo Logístico se encuentran inmerso dentro de la Gestión Administrativa en el cual están definidos **1** riesgo de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoría al área de **GESTIÓN AMBIENTAL Y SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoría fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorías y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorías.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**GESTIÓN AMBIENTAL Y SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO:** Auditoría presentada mediante **OCI-047-2020** con fecha del **26/07/2020**.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el pleno cumplimiento de los compromisos de acuerdo al POA se deben de realizar las actividades que se mencionan a continuación :

7.1 Realizar el 20% faltante en la actualización de los procedimientos de gestión ambiental y apoyo logístico.

7.2 Se recomienda realizar las capacitaciones al personal de seguridad y vigilancia en los procedimientos de gestión ambiental y apoyo logístico, actualmente se encuentran en un 50% de cumplimiento.

7.3 Gestionar oportunamente el sistema de Gestión ambiental con la oficina de planeación y calidad, es necesario realizar el 20% faltante.

7.4. Realizar las acciones correspondientes al 50% faltante en el proceso de capacitación para dar cumplimiento al MECI.

**Observaciones adicionales**

7.5 Es importante realizar las acciones pertinentes para dar un cumplimiento en un 100% acorde a las metas establecidas.

Finalmente se concluye que el proceso **Gestión Ambiental y Servicios de Apoyo Logístico** presenta cumplimiento del **94.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

**8. FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

\_\_\_\_\_  
Jefe Oficina de Control Interno

\_\_\_\_\_  
Responsable del servicio

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 1 de 5

### *EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN*

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia **2020** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **14** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Revisión de los procedimientos vs la forma de ejecutar los mismos. • *Se actualizo el proceso de docencia e investigación y el procedimiento de docencia y el de investigación.* • *Se ha realizado el 100% de las inscripciones en línea para las prácticas formativas de los estudiantes, previo inicio de las prácticas, no hubo el número de inscripciones a prácticas proyectado teniendo en cuenta que por la pandemia por COVID-19 se suspendieron las prácticas formativas.* **2.** Realizar la transferencia documental. *Se ha archivado la documentación de la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación de acuerdo a la TRD* **3.** Identificar las necesidades del personal por áreas. • *Se solicitó a la Universidad Cooperativa de Colombia el 7 de febrero de 2020, 15 cupos para diplomado en habilitación de servicio de salud para los funcionarios del Hospital.*

• *Se solicitó a la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD el 20 de febrero de 2020 15 cupos para diplomado en habilitación de servicio de salud para los funcionarios del Hospital.* • *Se solicitó el 10 de junio de 2020 a la Universidad Javeriana, Universidad de los Andes y Universidad de Ibagué, diplomado en alta gerencia.* **4.** Establecer alianzas estratégicas con grupos de investigación. *Se firmó convenio con Mediservis del Tolima.* **5.** Crear estímulos para fomentar la publicación entrevistas indexadas del personal del Hospital. *En los comités de investigación y bioética hospitalaria se hizo reconocimiento a los investigadores por su publicación en las revistas.*

• *Se publico en la Revista Duazary de la Universidad del Magdalena el artículo "Melanoma: análisis clínico - patológico y molecular en pacientes de la ciudad de Ibagué, Colombia" el cual se desarrollo en el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. por los doctores Carlos Giraldo, Carlos Puentes, Ana Estrada, Mabel Bohorquez, Anggi Vélez y Magdalena Echeverry - Vol.17, N° 1-2020/5-18.*

• *La enfermera Lic. Heidi Paola Ospina Garzón realizo la publicación en la revista Caring Sciences el artículo "Significado de brindar cuidado al paciente crítico al final de la vida en Unidad de Cuidados Intensivos" junto con Nathaly Rivera Romero y Ángela María Henao Castaño.* **6.** Socializar la política y procedimientos al talento humano. Se realizó inducción el 28 y 29 de mayo de 2020 al internado rotatorio semestre B2020.

- Se realizo inducción el 26 de agosto de 2020,

- Se realizo re inducción de los internos de la Universidad del Tolima del 23 al 30 de septiembre y del 1 al 6 de octubre de 2020.

- Se realizo inducción al semestre A2021 del 19 al 30 de noviembre de 2020.

A su vez se les envió el reglamento a los correos electrónicos

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 UNIVERSIDAD Federico Lleras Acosta	
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**7.** Realizar las reuniones de los convenios docentes asistenciales. Se han realizado los siguientes comités docencia servicio:

- 15 de enero de 2020 - Universidad del Tolima.
- 20 de enero de 2020 - Universidad Nacional de Colombia.
- 30 de enero de 2020 - Fundación Universitaria Juan N Corpas.
- 14 de febrero de 2020 - Universidad del Sinú.
- 17 de febrero de 2020 - Universidad Cooperativa de Colombia.
- 17 de febrero de 2020 - Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA.
- 17 de febrero de 2020 - Universidad Militar Nueva Granada.
- 21 de febrero de 2020 - Fundación Universitaria Juan N Corpas.
- 26 de febrero de 2020 - Universidad de los Andes.
- 26 de febrero de 2020 - Universidad de Manizales.
- 02 de marzo de 2020 - SENA.
- 30 de abril de 2020 - Universidad de los Andes.
- 06 de mayo de 2020 - Universidad Nacional de Colombia.
- 14 de mayo de 2020 - Universidad Militar Nueva Granada.
- 14 de mayo de 2020 - SENA.
- 18 de mayo de 2020 Universidad Cooperativa de Colombia.
- 18 de mayo de 2020 - UDCA.
- 21 de mayo de 2020 Universidad Javeriana.
- 28 de mayo de 2020 - Juan N Corpas.
- 7 de julio de 2020 Universidad de Manizales.
- 14 de julio de 2020 Universidad del Sinú.
- 19 de agosto de 2020 Universidad de los Andes.
- 27 de agosto de 2020 Fundación Universitaria Juan N Corpas.
- 27 de agosto de 2020 Universidad Militar Nueva Granada.
- 27 de agosto de 2020 Universidad El Bosque.
- 27 de agosto de 2020 Pontificia Universidad Javeriana.
- 27 de agosto de 2020 Universidad Nacional de Colombia.
- 27 de agosto de 2020 Pontificia Universidad Javeriana.
- 23 de septiembre de 2020 Universidad del Sinú.
- 17 de noviembre de 2020: Universidad el Bosque, Universidad del Tolima y Universidad Javeriano.
- 18 de noviembre de 2020: Universidad de Manizales, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Sinú, Fundación Universitaria Juan Corpas, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

**8.** Revisar el estado de los convenios y efectuar su legalización. *Se gestionó él envió de residente de la especialidad de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia.*

**9.** Definir modelo de innovación a desarrollar. *Se socializo el Modelo de Gestión del Conocimiento y la Innovación en comité directivo del 22 de julio de 2020 y el 28 de julio de*

## EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:  
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:  
22/02/2007

Fecha de Actualización:  
01/04/2016

Versión: 3

Página 3 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

2020 se envió por correo electrónico a todas las áreas con las respectivas tareas a desarrollar. **10.** Desarrollar plan de trabajo por fases para implementación del Modelo. Se han desarrollado las acciones propuestas por el comité, en lo correspondiente a la evaluación docencia servicio y cronograma para obtener la certificación como Hospital Universitario. Se realizó socialización del Plan Institucional de Capacitación el 2 de marzo de 2020. Se socializo Plan de Bienestar e Incentivos el 12 de marzo de 2020. Se actualizo el nomograma del proceso y se envió a jurídica para revisión y aprobación n el 1 de octubre de 2020 y se reenvió nuevamente el 15 de diciembre de 2020. Se socializo Plan Operativo Anual 2020 de la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación el 4 de marzo de 2020 **11.** Ejecutar el plan de mejoramiento. Se aplicaron las encuestas a los estudiantes, internos, docentes, personal, usuarios y directivos a través de formulario en línea. El 26 de mayo de 2020 se socializo el reglamento del internado rotatorio y de investigación con los internos rotatorios. El 21 de agosto de 2020 se socializo el reglamento de residentes. 03 de septiembre se socializo el reglamento de docentes. 24 de noviembre de 2020 ese socializo reglamento de internado rotatorio. Se socializo reglamento de la relación docencia servicio Se han recibido 20 solicitudes por parte de las áreas del hospital de practicantes. Se socializo política de humanización en la inducción al internado rotatorio semestre B2020 el 28 y 29 de mayo de 2020. El personal de la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación ha participado en la autoevaluación des los estándares de PAMEC de gerencia y talento humano. Se elaboraron acciones de mejora en la autoevaluación de los estándares de PAMEC de gerencia y talento humano. Se realizó autoevaluación de los estándares de gerencia y talento humano, de acuerdo a la asignación de los grupos distribuidos de PAMEC **12.** Verificación del sistema. Se realizó evaluación del primer, segundo y tercer trimestre del POA y Matrices de Riesgos **13.** Elaborar el plan de gestión del riesgo. Se elaboró mapa de riesgos de seguridad digital del proceso de docencia e investigación. Se elaboró el mapa de riesgos de corrupción del proceso de docencia e investigación. Se elaboró el mapa de riesgos de gestión del proceso de docencia e investigación. Se ajustaron las matrices de riesgos de la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación de acuerdo a la nueva metodología fortaleciendo los respectivos controles **14.** Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles. Se elaboró evaluación del primero, segundo y tercer trimestre de las matrices de riesgos del proceso de docencia e investigación.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 5 riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>FUNDACIÓN FEDERICO LLERAS ACOSTA</small>	
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Docencia e Investigación e Innovación** Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**DOCENCIA E INVESTIGACIÓN** : Auditoria presentada mediante **OCI-076-2020** con fecha del **10/11/2020**

#### **HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

##### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamiento Estratégico y Planeación**

De acuerdo con lo revisado en la parte del Direccionamiento Estratégico y Planeación No se evidencia ningún Hallazgo.

##### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación**

De acuerdo con lo revisado en la parte de Gestion del conocimiento y la innovación No se evidencia ningún Hallazgo.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de Evaluación por resultados**

El normograma de la oficina no se encuentra en la página del Hospital, pero dentro de los soportes se evidencia el normograma actualizado el cual hace parte de la consulta dentro de la Oficina se deja como recomendación realizar la publicación en la página del Hospital, aunque ya se solicitó por parte de la Oficina al área de la Oficina de Jurídica para posterior su publicación.

Se recomienda hacer seguimiento a la solicitud elaborada a jurídica referente a la revisión del Normograma hasta que se cumpla el objetivo.

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

7.1 Dimensión de Evaluación por resultados: Realizar la publicación en la página web del Hospital del nomograma de la oficina de Docencia una vez sea revisada por la oficina Jurídica.

Finalmente se concluye que el proceso de Docencia e Investigación presenta cumplimiento del **100.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2020.

**8. FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS.

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Alcosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 4	

### **EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO DE UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS**

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia 2020 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **22** compromisos con un resultado del **95%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Gestionar con sistemas que los formatos AIEPI que hacen parte de la estrategia IAMI, queden parametrizados en la historia clínica electrónica, para que puedan ser diligenciados en la atención inicial por médico general en el servicio de urgencia.** *Esta tarea se desarrolló en el primer trimestre, se presentaron algunas dificultades con el desarrollo del programa en el software y fue necesario bloquearlo para hacerle las mejoras correspondientes, tarea que sistemas todavía no ha entregado. Pero ya se encuentra en Dinámica.* **2. Implementar el diligenciamiento de estos formatos en los menores de 5 años que consulten al servicio de urgencias.** *Se implementó, pero sigue bloqueado por mejoras.* **3. Generar un correo mensual informando si hay o no novedades en el servicio que afecten los costos del área.** *Se viene mensualmente revisando la asignación de costos y se ajusta de acuerdo a los cambios por contratación o asignación especialmente de recursos humanos.* **4. Gestionar un auditor concurrente que identifique las causas de glosa, las gestione y de esta manera garantizar que las facturas generadas durante el proceso de atención en urgencias sean recaudadas.** *Aunque hubo interferencia en los tiempos de contratación del auditor, quedo asignado un tiempo de auditor exclusivo para urgencias.* **5. Proyecto del PAD, elaborado, aprobado por junta directiva e implementada en el Hospital. PAD implementado.** **6. Desarrollar las actividades asignadas por la oficina de planeación con el fin de lograr la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.** *Se elaboró en el área la gestión de riesgos en tecnología y el de anticorrupción, Se elaboró el POA según directrices en los tiempos establecidos y se realizó la autoevaluación de habilitación y se inició la autoevaluación de los estándares de acreditación.* **7. Actualizar el normograma de la unidad funcional de urgencias.** *Se actualizo y se envió a jurídica, y no se devolvió para ninguna corrección, por tal motivo se da por cumplida la tarea.* **8. Realizar la autoevaluación de los estándares de Habilitación bajo lo establecido en la Resolución 0031 de 2019.** *Se realizó la autoevaluación.* **9. Diseñar y evaluar periódicamente el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de habilitación según la autoevaluación realizada.** *Se elaboró el Plan de Mejoramiento y se comenzó le está realizando el seguimiento.* **10. Realizar la autoevaluación de los estándares de Acreditación.** *Se realizó la autoevaluación de acuerdo al cronograma establecido por la oficina de calidad.* **11. Diseñar y evaluar periódicamente el plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de Acreditación según la autoevaluación realizada.** *De acuerdo a la autoevaluación la oficina de calidad levanto el plan de mejoramiento y en la actualidad está en desarrollo de las actividades que*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

*quedaron priorizadas para esta vigencia.* **12. Elaborar el informe de los indicadores de obligatorio reporte por parte del servicio de urgencias, con el respectivo análisis.** *Mensualmente se elaboran, se analiza y se certifica el comportamiento de los indicadores de obligatorio reporte.* **13. Ejecución y medición de los controles establecidos para el área.** *Se realizó la evaluación de los controles definidos en el mapa de riesgos correspondientes al área.* **14. Elaborar el mapa de riesgos de corrupción del proceso administrativo.** *Se elaboró y se entregó a planeación.* **15. Elaborar el mapa de riesgos de gestión del proceso administrativo.** *Se elaboró y se entregó a planeación.* **16. Elaborar el plan de fortalecer los controles del área.** *Los controles se elaboraron de acuerdo a lo identificado en la matriz de riesgo, de gestión, de corrupción y de seguridad digital.* **18. Evaluación periódicamente la matriz de riesgos.** *Se realiza la evaluación de los mapas de riesgos elaborado.* **19. Fortalecimiento del Triage como estrategia de optimización del servicio de urgencias.** *Se inició reentrenamiento del personal de Triage en la medida que la pandemia nos lo permitió.* **20. Participar en las reuniones de Red, organizadas por el CRUET, como entidad cabeza de Red, con el fin de mejorar la circulación de los pacientes por la Red de urgencias de Departamento.** *No se han programado por parte del CRUET, excepto desde el 07 de noviembre que se declaró la ALERTA ROJA en el Departamento y todos los días hay reuniones.* **21. Realización de la auditoria concurrente como estrategia para disminuir la estancia del servicio de urgencias.** *Se inició el proceso de auditoría a partir del mes de Marzo.* **22. Implementación del programa de Atención Domiciliaria como estrategia que conlleve a disminuir el % de ocupación del servicio.** *Desde el mes de Enero el programa esta implementado*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **95%** Con corte al 31 de Diciembre de **2020** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) Fortalecimiento del Triage como estrategia de optimización del servicio de urgencias** (Con un **67%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).
- 2) Participar en las reuniones de Red, organizadas por el CRUET, como entidad cabeza de Red, con el fin de mejorar la circulación de los pacientes por la Red de urgencias de Departamento.** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **3** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>UNIVERSIDAD</small> <b>Federico Lleras Acosta</b>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Unidad Funcional Urgencias** teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS:** Auditoria presentada en el **2019** mediante **OCI-078-2019** con fecha del **22/08/2019**, Para la vigencia **2020** No se realizó visita al proceso por razones en cambio de Coordinación de la Unidad Funcional **No** se efectuó la visita en las fechas programadas, por lo cual se encuentra con fecha de visita nuevamente para **2021**.

## **7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

7.1 Realizar las mejoras en los formatos AIEPI para el diligenciamiento en menores de 5 años que consulten el servicio de urgencias.

7.2. Realizar las actividades priorizadas para está vigencia del plan de mejoramiento que conlleve al cumplimiento de los estándares de Acreditación según la autoevaluación realizada.

7.3. Atender las citaciones del CRUET, cuando este lo requiera.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3. Realizar las actividades restantes correspondientes al 33% para el fortalecimiento del

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Llerenas Acosta</b> <small>1950 - 2020</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

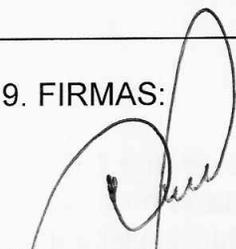
Triage como estrategia de optimización del servicio de urgencias.

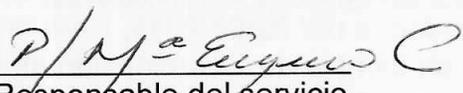
7.4. Participar en las reuniones de Red, organizadas por el CRUET, como entidad cabeza de Red, con el fin de mejorar la circulación de los pacientes por la Red de urgencias de Departamento.

Finalmente se concluye que el proceso **Unidad Funcional Urgencias** presenta cumplimiento del **97.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

**8. FECHA: Febrero de 2021**

9. FIRMAS:

  
 \_\_\_\_\_  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 \_\_\_\_\_  
 Responsable del servicio

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 3	

### ***EVALUACION PROCESO GESTION COMERCIAL Y CARTERA***

#### **6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:**

**6.1 Compromisos registrados por el área:** El total de compromisos de la vigencia **2020** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** compromisos con un resultado del **99%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

**1.** Estabilizar los módulos de Contratos Ips y Cartera. La oficina de Gestión Comercial y de Cartera realizo 4 reportes de inconsistencias presentadas en los módulos implementados en la oficina. **2.** cumplir con la meta de procesos y procedimientos ajustados conforme al sistema. De acuerdo con el listado maestro de documentos, la oficina de Gestión Comercial y de Cartera cuenta con la totalidad de documentos caracterizados y aprobados. **3.** Mejorar la gestión del archivo de cartera. *Se realiza acta de seguimiento al cumplimiento del instructivo de custodia de facturas radicadas.* **4.** Mejorar la rotación de cartera. *De acuerdo a la cartera radicada en las diferente entidades responsables de pago la rotación de cartera cero a 31 de diciembre de 2020 en 360 días. Se realizaron notificación mensual a las entidades que incumplen el giro directo, de igual forma se realiza actividad de gestión de cobro mensual así como conciliaciones financieras o de cartera con las diferentes entidades deudoras. Se realizaron fichas para depuración contable conforme a los saldos disponibles para el periodo teniendo cuenta que los demás valores de acuerdo a la meta establecida fueron objeto de otra acción como depuración de glosas, procesos jurídicos o de la función jurisdiccional o reconocidos en las de flujos de recursos conciliaciones extrajudiciales y procesos de procesos de cobro coactivo. Se realizaron actualizaciones periódicas del portafolio de servicios mes a mes.* **5.** Mejorar la satisfacción de los clientes. *Se realiza encuesta a los 10 principales clientes con el fin de definir el nivel de satisfacción obteniendo como resultado en la Relación Comercial: 9.5* **6.** Implementar el Modelo integrado de Planeación y Gestión. Se realizaron las actividades propuestas para la implementación del MIPG, en cuanto a: Socialización Código de Integridad, misión, visión y estructura organizacional del hospital a todos los servidores de la oficina. Socialización Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Evaluación de desempeño y concertación de compromisos. Socialización matriz de riesgo adoptada a todos los servidores del área. Socialización Plan Operativo Anual a todos los servidores de la oficina. Actualización del Normograma **7.** Verificación del sistema. Se realiza evaluación trimestral de los controles establecidos en cada matriz. **8.** Elaborar el plan de gestión del riesgo. *La oficina analizó y valoró los riesgos inherentes y residuales y elaboro la matriz de riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital para la vigencia 2020, de igual forma realizo las respectivas autoevaluaciones trimestrales.* **9.** Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles. *Se realizaron los seguimiento trimestrales a los controles definidos por la Oficina de Gestión Comercial y de Cartera en la Matriz de riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital.*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2020 en el **97%** Con corte al 31 de Diciembre de 2020 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1). Realizar las fichas de saneamiento una vez documentado por los procesos de cobro la incobrabilidad de los saldos a favor del Hospital, los cuales serán presentados por parte de la oficina de gestión comercial y cartera, al comité de sostenibilidad contable, de acuerdo a lo establecido en la resolución 3911 del 6 de octubre de 2015. (Con un 35 % de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).**

**2). Elaborar el plan de fortalecer los controles del área (Con un 0 % de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2020).**

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Gestión Comercial y cartera** Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría se realiza inicialmente una reunión donde se ambienta el proceso, se genera confianza entre las partes y se explica cuáles son los objetivos que se pretenden con la realización de la misma; la auditoria fue realizada con base en el cumplimiento del Plan de Auditorias y el CI-PR-001 procedimiento para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorias.

Los criterios a tener en cuenta en la evaluación del proceso, son los 5 componentes del MECI y las 7 dimensiones operativas del MIPG, lo anterior teniendo en cuenta que se trata en delante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**GESTIÓN COMERCIAL Y CARTERA: Auditoria a mediante OCI-001-2019 con fecha del 03/01/2019, Se aclara que para la vigencia 2020 la Oficina de Control Interno No Realizó visita de Auditoria al Proceso.**

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

**7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:**

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

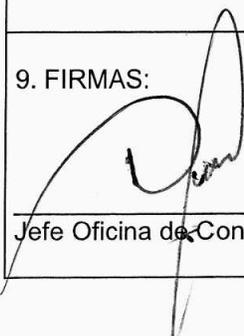
**7.1** Realizar el 65% faltante de las fichas de saneamiento una vez documentado por los procesos de cobro la incobrabilidad de los saldos a favor del Hospital, los cuales serán presentados por parte de la oficina de gestión comercial y cartera, al comité de sostenibilidad contable, de acuerdo a lo establecido en la resolución 3911 del 6 de octubre de 2015.

**7.2** Realizar el 100% faltante en la elaboración del Plan de fortalecer los controles del área.

Finalmente se concluye que el proceso de Gestión Comercial y Cartera presenta cumplimiento del **99.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2020**.

**8. FECHA: Febrero de 2021**

**9. FIRMAS:**

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio