

## 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 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 **2019** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **5** compromisos con un resultado del **98%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Implementar de un sistema de información integrado.** De acuerdo con las actividades propuesta en el POA para este objetivo institucional se cumplió en un **100%** cumpliendo con las actividades, del año **2019** **2. Consolidación del proceso de defensa judicial.** Durante el año **2019** se cumplió en un **93%** con la revisión de los estados de los procesos jurídicos, se determinó el daño antijurídico, falta de seguimiento al instructivo , contingencia. **3. Implementar el programa de capacitación del Talento humano enfocado al desarrollo de las competencias y humanización de la atención.** Durante el año **2019** se participó por parte del personal de la oficina en actividades de capacitación que brindo la caja de compensación y A.R.L y demas entidades externas. **4. Consolidar el Sistema integrado de gestión y realizar las auditorias para el mejoramiento continuo del mismo.** Se tiene documentado el procedimiento de defensa judicial, el cual ya fue remitido al área de planeación y el manual de contratación se encuentra pendiente aprobación junta directiva Se tienen documentados los procedimientos de la oficina asesora jurídica, pendiente el relacionado con la entrega de informes jurídicos. Se realizó socialización a los apoderados de los procesos respecto a la documentación aprobada. Se remitieron los indicadores a planeación para aprobación, se tienen diligenciados en su totalidad hasta el mes de Diciembre de **2019**, en los casos que se han realizado los informes. Se tiene formulado el plan de mejoramiento para el año **2020** **5. Gestión del Riesgo.** Se realizó la matriz de riesgos y la evaluación trimestral, remitida al área de control interno.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo **2019** en el **92%** Con corte al **31** de Diciembre de **2019** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del **100%** como:

- 1.)** Documentar la actividades realizadas dentro de los procesos jurídicos (Con un **80%** de Cumplimiento a corte del **31** de Dic/**2019**).
- 2.)** Documentar los procedimientos de cada uno de los procesos documentados, para aprobación de planeación. (Con un **90%** de Cumplimiento a corte del **31** de Dic/**2019**).

**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.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Bogotá, Colombia</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

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Oficina Asesora Jurídica en el mes de Agosto de 2019**. 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-090-2019** con fecha del **23/10/2019**

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

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

**Hallazgo:** El cumplimiento del POA con corte a Junio tiene acciones con 0% de cumplimiento y son acciones que vienen incumplándose desde vigencias anteriores.

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

**Hallazgo:** Las políticas de operación del proceso, deben estar en los procedimientos del servicio de acuerdo a la estructura del SIG adoptado por el Hospital, sin embargo estos no se han construido.

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

## 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

### **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 Jurídica, no tiene los procedimientos del SIG aprobados, incluyendo entre estos el manual de contratación y los procedimientos del área.

**Hallazgo:** la oficina Jurídica, cuenta con una política de defensa judicial, la cual no está estructurada de tal forma que cumpla con los requisitos del SIG y MIPG adoptado por el Hospital.

### **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, a pesar de los problemas que esta plataforma ha presentado en el transcurso de la vigencia 2019.

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 Realizar el seguimiento al instructivo contingencia, completar la revisión de los estados de los procesos jurídicos, en la consolidación del proceso de defensa judicial.

7.2 Realizar seguimiento a la aprobación del manual de contratación por parte de la junta directiva y documentar los procedimientos pendientes relacionados con la entrega de informes jurídicos.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

## 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

7.3 Realizar el 20% faltante para documentar las actividades realizadas dentro de los procesos jurídicos.

7.4 Realizar el 10% faltante para documentar los procedimientos de cada uno de los procesos documentados, para aprobación de planeación.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoría se debe:

7.5 Dimensión de Planes y Programas: Realizar las acciones del POA que a junio presenta 0% de cumplimiento.

7.6 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Construir las políticas de operación del proceso e incorporarlas en los procedimientos del servicio de acuerdo a la estructura SIG adoptado por el HFLLA.

Adelantar las acciones de repetición frente a los procesos judiciales de conformidad a la normatividad vigente para ello.

7.7 Dimensión de Gestión del conocimiento y la Innovación: Realizar las acciones y gestiones pertinentes para la aprobación de los procedimientos del SIG, incluyendo entre estos el manual de contratación y los procedimientos del área.

7.8 Estructurar la política de defensa judicial que cumpla con los requisitos del SIG y MIPG adoptados por el HFLLA.

7.9 En observaciones adicionales a la auditoría el equipo auditor resalta el avance de la Oficina Jurídica en sus archivos, publicación de contratos en el SECOP, presentación oportuna de las evaluaciones del POA y mapa de riesgo y recomienda continuar trabajando con la gerente del proyecto de DGH para la puesta en marcha del módulo de contratación y 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 **95.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 **2019** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **10** compromisos con un resultado del **90%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Elaborar los estudios de crecimiento del Hospital.** Se contrató y ejecuto la consultoría para establecer la viabilidad de construcción sobre la placa de urgencias, definición de uso de la infraestructura del antiguo laboratorio de referencia, mantenimiento del tanque subterráneo y reforzamiento placa del sexto piso. Se adelantó la contratación de los estudios y diseños para la sub estación eléctrica para los nuevos proyectos de inversión. Se terminó la adecuación del banco de sangre para el servicio de aféresis conforme a plan de reordenamiento. Se ajustó el ajuste del plan conforme a los resultados del estudio y desarrollo de las adecuaciones pendiente asignación de recursos.

**2. Implementación de los módulos de gestión de Calidad.** Se presentaron dificultades para la parametrización del módulo de calidad, la oficina envió correo a la gerencia del proyecto haciendo los requerimientos de ajuste necesarios para evitar la pérdida de la información y los avances. No se ha tenido solución del requerimiento. **3 Monitoreo del Plan de Gestión Integral del Riesgo.** Se realizó el seguimiento de indicadores de PGIR a diciembre de 2018 y a marzo de 2019, conforme a las fechas de seguimiento. Conforme a la Resolución de Clasificación de Riesgos del Ministerio de Salud, el Hospital fue clasificado sin riesgo por lo anterior se terminó la ejecución del PGIR **4. Desarrollo de proyectos de inversión.** Se elaboraron los proyectos de hemodinamia, resonancia, esterilización, reposición de equipos UCIs, fortalecimiento unidad diagnostica de la mujer, reposición de equipos cirugía **5. Implementar el Modelo integrado de Planeación y Gestión.** Se elaboró el plan de acción de la vigencia con los planes de trabajo conforme a los resultados del FURAG 2018. Se realizaron con corte a 30 de septiembre y 31 de diciembre de 2019 la autoevaluación del plan de acción. Durante cuarto trimestre se realizó documentación y aprobación de 48 documentos nuevos, se realizaron 13 actualizaciones de documentos y se publicaron 142 documentos aprobados. Se encuentran en revisión 67 documentos enviados por las áreas para gestión de aprobación. 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 **6. Cumplir con los estándares de Habilitación.** Cuenta con informes mensuales de cumplimiento de requisitos de habilitación. Se realiza medición y aplicación de los estándares de habilitación en toda la institución. Cada uno de los coordinares durante el proceso de evaluación tiene la autoevaluación de sus servicios actualizadas con los no cumplimiento. Se llevó tema a comité directivo en el que se confirmaron reuniones de trabajo con líderes de servicios y

ESM

## 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

áreas transversales, se identificaron las oportunidades de mejoramiento y cada uno construyó su plan de trabajo incluyendo las actividades propias de cada uno en los diferentes servicios. Evidencia de los planes de mejoramiento con seguimiento se envían trimestralmente a control interno. Para Diciembre 2019 el cumplimiento de los requisitos de habilitación es del 72%, observando un aumento del 20% aprox frente al primer semestre de 2019, esto tomando en cuenta la directriz de la Superintendencia de Salud para la medición del indicador de acuerdo a la cual se tiene en cuenta únicamente los estándares que presentan cumplimiento de 100%, dando cumplimiento a la metodología aplicada por el ministerio, al realizar la evaluación por criterios el hospital presenta un cumplimiento del 93% presentando un incremento de 4 puntos porcentuales frente a la línea base, el 7% restante obedece a criterios dentro de estándares que generan transversalidad al resultado, como son INFRAESTRUCTURA Y DOTACION.

**7. Continuar con la implementación del PAMEC.** En la vigencia 2018 se inicia una nueva ruta PAMEC 2018-2019 se define metodología de acuerdo a la al Manual de "Guías Básicas para la Implementación de Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad" - PAMEC 2007. Se diseñó la ruta para ejecución en 2 vigencias. Durante el segundo trimestre de 2019 se recibió asesoría técnica de parte del referente de PAMEC de la secretaría departamental de salud del Tolima, que orienta sobre cómo mejorar el documento PAMEC de manera que se cumpla con lo que solicita la norma en cuanto a la metodología; así mismo se recibieron recomendaciones acerca de la duración de la implementación que permitan lograr un desarrollo o avance más real y que impacte en la mejoría de la calidad de la atención. Una vez realizadas las recomendaciones que fueron realizadas por Min salud y SST, se continuo con el seguimiento y auditoria de las acciones PAMEC en los distintos estándares, para el corte de 31 de diciembre se consolido un grado de avance de 45 (52%) teniendo en cuenta los resultados de Planes de mejoramiento establecidos por las Unidades Funcionales y que aún quedan pendiente por evidenciar algunas áreas que desarrollaron actividades pero no se lograron documentar. Teniendo en cuenta que se realizaron ajustes al PAMEC durante el último trimestre por las recomendaciones de los entes externos, el reajuste impidió que el porcentaje de cumplimiento del PAMEC fuera superior, sin embargo, dentro de los planteamientos para 2020 se va a establecer priorización de procesos que se puedan ejecutar en un periodo más corto y que permita hacer ruta crítica anualmente.

**8. Implementar el Modelo Estándar de Control Interno conforme al MIPG.** *Se construyó un plan de implementación MECI, que se encuentra en etapa de implementación con avances parciales en los componentes según el Manual operativo de MIPG*

**9. Implementar el sistema de gestión del riesgo.** *Se cumplió con la programación de actividades, se actualizo el procedimiento de gestión del riesgo y se creó el manual de gestión del riesgo. Se realizaron las evaluaciones programadas.*

**10. Implementar el programa de Seguridad del Paciente.** *Se evalúa ejecución del plan de trabajo anual del programa conforme al cronograma planteado. Se realizan actividades de despliegue de la*

RSM

## 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

política de seguridad, semana de seguridad del paciente, reuniones mensuales con el personal de los servicios. A partir del segundo semestre del año 2019 el área de seguridad del paciente fue reubicada en Gestión Clínica, pero se continuó haciendo seguimiento a la programación de actividades.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **93%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) Consolidación, cargue y revisión de la tabla de indicadores de monitoreo del PGIR, con su respectivo análisis (Con un **25%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 2) Actualizar el manual del sistema conforme a MIPG (Con un **70%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 3) Revisar y aprobar la edición de los documentos correspondientes al sistema (modelo) entregados por las áreas (Con un **58%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 4) Registrar en la plataforma del SUIT el porcentaje de avance de la estrategia de racionalización de los tramites propuesto. (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 5) Realizar socialización- Despliegue de la política de Seguridad del paciente. (Con un **65%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**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** Visita de Auditoria a la Oficina de Planeación y calidad vigencia **2019** por solicitud del Jefe se realizó aplazamiento para la **2019**, por lo anterior se reprogramara para la vigencia **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** Realizar seguimiento y gestionar respuesta de la gerencia del proyecto sobre el requerimiento de ajuste para subsanar las dificultades en la parametrización del módulo de gestión de calidad para evitar la pérdida de la información y los avances.

*LM*

## 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

7.2 Continuar con la ejecución de los proyectos de: hemodinamia, resonancia, esterilización, reposición de equipos UCIs, fortalecimiento unidad diagnóstica de la mujer, reposición de equipos cirugía.

7.3 Continuar con la revisión de los 67 documentos enviados por las áreas para gestión de aprobación para la implementación del MIPG.

7.4 Diseñar y ejecutar acciones para la implementación total del PAMEC.

7.5 Continuar ejecutando el plan de implementación MECI conforme al MIPG.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.6 Actualizar el 30% faltante del manual del sistema conforme a MIPG.

7.7 Realizar la revisión y aprobación en el 42% de los documentos por completar correspondientes al sistema (modelo) entregados por las áreas.

7.8 Se recomienda continuar Registrando en la plataforma del SUIT el avance de la estrategia de racionalización de los trámites propuesto.

7.9 Se aclara que la actividad (Realizar socialización- Despliegue de la política de Seguridad del paciente) se encuentra incluida para la vigencia 2020 en el POA del área de Gestión Clínica por esta razón ya no pertenece como actividad de la Oficina de Planeación y Calidad.

Finalmente se concluye que el proceso **Oficina Planeación y Calidad** presenta cumplimiento del **94.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **7** compromisos con un resultado del **54%**, 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 socializada a partir del mes de junio de 2018.* **3.** Enviar los temas referentes a la oficina de CID para capacitar a los funcionarios del hospital. *Para el presente trimestre se realizó dos inducción a los funcionarios en el mes de septiembre y una en el mes de noviembre del 2019.* **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 2018 teniendo en cuenta la evaluación a la matriz del año anterior y los cambios en el proceso. *Se presentará para la fecha establecida por el hospital* **6.** Realizar las autoevaluaciones trimestrales de las acciones propuestas en la matriz de riesgos. *En la segunda entrega de la matriz del riesgo se realizaron las autoevaluaciones correspondientes y se enviaron los antecedentes correspondientes como pruebas del trámite* **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 2019 en el **78%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Tranferir la totalidad del archivo de acuerdo a los términos definidos por el Hospital. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**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>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Diagnóstico - Tratamiento</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 auditoría al Proceso de **Control Interno Disciplinario en los meses de Noviembre de 2019** 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:

**CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO:** Auditoría presentada mediante **OCI-113-2019** con fecha del **05/12/2019**.

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

##### **De acuerdo a la verificación y análisis 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 verificación y análisis de la dimension de Direccionamiento 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 verificación y análisis de la dimension de Gestion del conocimiento y la innovación**

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

## 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

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

De acuerdo con lo revisado en la parte de Gestión de Evaluación por Resultados  
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 a partir del mes de junio de 2018.

7.2 Presentar la matriz de riesgos actualizada y ajustada para la vigencia 2019 teniendo en cuenta la evaluación a la matriz del año anterior y los cambios en el proceso en la fecha establecida por el hospital.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3 Realizar el 100% en Transferir la totalidad del archivo de acuerdo a los términos definidos por el Hospital.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoría se debe:

7.4 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 **77%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** 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. • *El 29 de abril de 2019 se socializaron los documentos aprobados publicados en la intranet de la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación.* • *El 29 de agosto de 2019 se socializo el mapa de procesos del MIPG y los documentos de la oficina publicados en la intranet.*

• *Se recibieron 400 inscripciones de prácticas formativas, a través del link en línea del formulariodeGoogle[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfq4JeEqIp6w\\_7Q4HKtXpewCrwBlcZM7mVTnn0xpo2Y-9vCSw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfq4JeEqIp6w_7Q4HKtXpewCrwBlcZM7mVTnn0xpo2Y-9vCSw/viewform?usp=sf_link)*

**2.** Realizar la transferencia documental. • *Se realizó inventario documental del archivo de la oficina de docencia, investigación e innovación, ajustándolo a la TRD y se hizo la solicitud de transferencia de documentos a Gestión Documental el 03 de julio de 2019.*

**3.** Identificar las necesidades del personal por áreas. *Se realizó solicitud a la Universidad del Tolima en el Comité Docencia Servicio del 27/02/2019 para capacitación en Investigación y Publicaciones, de lo cual se recibió oficio por parte de la Universidad el 13/03/2019 con las opciones de conferencia disponibles en Cuidado Humanizado en los Servicios de Salud e Investigación y Publicaciones. Y se solicitó al SENA capacitación en curso IAMI para el personal asistencial.* **4.** Establecer alianzas estratégicas con grupos de investigación. • *El 19/02/2019 se realizó reunión con para fortalecer el Comité de Investigación y conocer el proceso para pertenecer a la Red Nacional de Comité de Ética de la Investigación Científica y Comités de Bioética de Colciencias.*

• *El 14/03/2019 se realizó el proceso de inscripción en la plataforma InstituLAC de Colciencias, del Comité del Hospital.* **5.** Crear estímulos para fomentar la publicación entrevistas indexadas del personal del Hospital. Se realizaron los siguientes comités de investigación: 07 de marzo de 2019, 04 de abril de 2019, 25 de abril de 2019, 16 de mayo de 2019, 20 de junio de 2019, 24 de septiembre de 2019, 31 de octubre de 2019, • 07 de diciembre de 2019. Se realizó socialización del reglamento de investigación en las inducciones: • 12 de abril de 2019: Inducción y re inducción estudiantes de medicina V y VI semestre A2019. • 30 y 31 de mayo de 2019: Inducción internado rotatorio semestre B2019. • 20 de agosto de 2019: Inducción estudiantes de medicina VI semestre A2019. • 27 de noviembre de 2019: Inducción internado rotatorio semestre A2020. Se han realizado las siguientes actualizaciones en conjunto con los grupos de investigación: • Primera actualización en psiquiatría 2019 “Cuando la idea es dejar de vivir” – Depresión y suicidio: COSMOS y HFLLA – Se llevó a cabo el 20 de marzo de 2019 y hubo 319 asistentes. • Actualización en Enfermedad de Parkinson – Asociación

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Cali - Colombia</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

Colombiana de Neurología – Se llevó a cabo el 11 de abril de 2019 y hubo 93 asistentes.

- IV Jornada Educativa en Gastroenterología – Semillero de Investigación en Enfermedades Digestivas UT y HFLLA– Se llevó a cabo el 24 de mayo de 2019 y hubo 182 asistentes.
- Segunda actualización en psiquiatría 2019 “Trastornos emocionales en profesionales de la salud” – COSMOS y HFLLA – Está programada para el 06 de junio de 2019 y se confirmó asistencia de 150 personas.
- Segundo Encuentro Regional de Salud Mental en el Tolima - Se llevó a cabo el 23 de agosto de 2019 y hubo 75 asistentes.

**6. Ejecutar el plan de mejoramiento.**

- 12/02/2019 Se socializo con los coordinadores de los servicios a través de correo electrónico el análisis correspondiente a la encuesta aplicada a los internos rotatorios del semestre B2018.
- 26/03/2019 Se realizó socialización con los coordinadores de los servicios a través del correo electrónicos, del análisis realizado a la segunda encuesta aplicada a los internos que finalizaron internado rotatorio en el semestre B2018.
- 23 de julio de 2019: Se actualizo el Reglamento Docencia Servicio.
- 16 de diciembre de 2019: Se actualizaron reglamento ID-MN-002 Internado Rotatorio, ID-MN-003 Estudiantes, ID-MN-004 Docentes, ID-MN005 Residentes. Se recibieron 15 solicitudes para prácticas administrativas, por parte de diferentes áreas del Hospital, a través del link del formulario de Google en línea <https://forms.gle/Gc5U5PyQZvQA6JVm6>, el cual fue socializado a los correos electrónicos el 01/02/2019. De igual manera el 25 de junio de 2019, se envió nuevamente el formulario para la solicitud de practicantes para el semestre B2019.

**7. Definir modelo de innovación a desarrollar.** Se elaboró Modelo de Gestión del Conocimiento y la Innovación ID-PG-001, el cual se encuentra en revisión para aprobación y socialización.

**8. Realizar las reuniones de los convenios docentes asistenciales.**

- 31/01/2019 Fundación Universitaria Juan N Corpas
- 22/02/2019 Fundación Universitaria Juan N Corpas.
- 26/02/2019 INTECS
- 27/02/2019 Universidad del Tolima.
- 06/03/2019 Universidad de los Andes.
- 18/03/2019 universidad del Sinú.
- 22/03/2019 Universidad Cooperativa de Colombia.
- 29/03/2019 Fundación Universitaria Juan N Corpa
- 04/04/2019 Pontificia Universidad Javeriana
- 09/05/2019 Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.
- 24/05/2019 Fundación Universitaria Juan N Corpas.
- 29/05/2019 Universidad el Bosque.
- 17/06/2019 Universidad del Sinú.
- 19/06/2019 Universidad de los Andes
- 26/06/2019 INTECS.
- 29/07/2019 Universidad Nacional de Colombia.
- 13/08/2019 SENA.
- 26/08/2019 Universidad Cooperativa de Colombia.
- 13/08/2019 Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.
- 06/09/2019 Fundación Universitaria Juan N Corpas.
- 10/09/2019 Universidad Militar Nueva Granda.
- 16/09/2019 UNAD.
- 23/09/2019 Universidad del Sinú.
- 24/09/2019 Universidad Nacional de Colombia.
- 27/09/2019 Pontificia Universidad Javeriana.
- 15/10/2019 Universidad Militar Nueva Granada.
- 17/10/2019 Universidad delosAndes.
- 21/10/2019 INTECS.
- 31/10/2019 Universidad del Tolima
- 12/11/2019 universidad Militar Nueva Granada.
- 09/12/2019 Universidad del Sinú.
- 10/12/2019 Universidad de los Andes.
- 04/02/2019 Universidad de los Andes: Factura semestre B2017 \$33.185.724.
- 12/02/2019 Universidad El Bosque: Factura semestre B2018

## 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

\$1.619.000.●22/02/2019INTECSContraprestación\$922.000.

- 08/03/2019 Fundación Universitaria Juan N Corpas: semestre B2018 \$38.182.400
- 13/03/2019 Universidad del Tolima.● 29/05/2019 Universidad Militar Nueva Granada: Factura semestre A2019 pregrado \$3.2677.992 ● 18/06/2019 Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA: Factura semestre A2019 \$7.150.000 - Solicitud de equipos (se recibieron el 14/06/2019).
- 03/07/2019 Universidad Militar Nueva Granada: Factura semestre A2019 \$5.290.209.●08/07/2019 Universidad de los Andes: Factura semestre A2019 \$51.570.350.●15/07/2019 Universidad Javeriana: factura semestre A2019 \$12.819.000.●06/08/2019 Fundación Universitaria Juan N Corpas: Factura semestre A2019 \$36.987.000 ●12/08/2019 Universidad El Bosque: Factura semestre A2019 \$3.676.000.● 06/09/2019 Fundación Universitaria Juan N Corpas: semestre A2019 \$36.987.000. ● 08/11/2019 Universidad del Sinú: semestre A2019 pregrado \$3.535.476 – posgrado \$11.387.256, semestre B2019 pregrado \$1.933.890.
- 18/11/2019 Fundación Universitaria Juan N Corpas: semestre B2019 \$33.288.300.
- 27/11/2019 Universidad del Sinú: semestre B2019 posgrados \$6.535.316.
- 04/12/2019 Universidad Javeriana \$19.334.151.● 05/12/2019 Universidad de los Andes semestre A2019 \$32.735.600. ● 18/12/2019 Universidad Militar Nueva Granada: semestre B2019 pregrado \$7.980.264 posgrado \$1.816.046. ● Especialidad en Medicina Interna de la Universidad del Sinú - Inicia: 22/04/2019 Finaliza: 17/06/2019 (Psiquiatría y Endocrinología).
- Especialidad en Anestesiología de la Universidad del Sinú - Inicia: 20/05/2019 Finaliza: 16/06/2019


**9.** Desarrollar plan de trabajo por fases para implementación del Modelo. Se realizaron los ajustes al Mapa de Riesgos de Seguridad Digital de acuerdo a la nueva reglamentación. Se realizó socialización del Código de Integridad del Hospital el día 14/03/2019 Se realizó socialización del Plan Institucional de Capacitación el día 25/02/2019El Plan de Bienestar e Incentivos recibido para socializar correspondía a un borrador y no se recibido el documento final aprobado para la respectiva socialización. Se socializo POA del área para el año 2019 el día 11/02/2019.

**10.** Planes de mejora conforme al ajuste del sistema del MIPG. *Se elaboró el Plan de Mejoramiento para la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación 2019, y se envió el 16/11/2018 al correo electrónico a la Profesional Universitaria de Calidad, junto con la ficha de indicadores y el alcance de PAMEC.*

**11.** Elaborar el plan de gestión del riegos. *Se realizó Matriz de Riesgo con vigencia para el año 2019.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **96%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.)** Socialización del Plan de Bienestar e Incentivos (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

<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

**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** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **en el mes de Octubre de 2019**

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** : *Visita de Auditoria 08/10/2019 presentando informe de Auditoria a mediante OCI-102-2019 con fecha del 15/11/2019.*

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

**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 innovación**

De acuerdo con lo revisado en la parte de Gestion del conocimiento y la innovación No se



## 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

evidencia ningún Hallazgo.

### **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 un correo donde solicitan la revisión para que sea publicado en la página el 8-oct-2019.

Se recomienda hacer seguimiento a la solicitud elaborada a jurídica referente a la revisión del Normograma hasta se cumpla el objetivo.

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

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.1 Realizar el 100% de socialización del Plan de Bienestar e Incentivos.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.2 Dimensión de Evaluación de resultados: Realizar seguimiento a la solicitud elaborada a Jurídica de revisión del Normograma y con está proceder a su publicación en la página del Hospital.

Finalmente se concluye que el proceso de Docencia e Investigación presenta cumplimiento del **99.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 **2019** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** compromisos con un resultado del **95%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

**1.** Realizar los cobros definidos en el manual de cartera para lograr la recuperación de la misma. *Se realiza la gestión de cobro de la facturación radicada para pago por giro directo, cobro de la facturación no pagada, incumplimiento de giro directo, cobro de la facturación no glosada, circularización y derecho de petición según entidades deudoras definidas.* **2.** Establecer el valor real adeudado a la institución mediante la depuración de saldos de cartera. *Se realiza cronograma de depuración en el cual se presentan fichas de saneamiento contable las cuales son aprobadas y descargadas en el sistema de información, por otra parte se depura cartera por glosa, por facturación en cobro jurídico, coactivo o jurisdiccional o por reconocimiento de pago por la Entidad.*

**3.** Interponer acciones judiciales después de agotada la etapa del debido cobrar y cobro persuasivo de la cartera. *De la meta establecida para el 2019 por un valor de \$106.073.235740 se logró el envío de cartera por valor de \$99.206.904.509.*

**4.** Mantener actualizado el portafolio de servicios con el fin de atraer a los diferentes clientes. *Se realiza reunión con las unidades funcionales y se actualiza el portafolio de servicios trimestralmente de acuerdo a lo definido en el Plan Operativo 2019.* **5.** Disminuir el margen de venta de servicios de salud sin contrato. *Se logró suscribir contrato con 23 entidades superando la meta fijada para el periodo 2019.* **6.** Mejorar la satisfacción de los clientes. *Se realiza encuesta a los 10 principales clientes con el fin de definir el nivel de satisfacción obteniendo los siguientes resultados:*

*Relación Comercial:9.5*

*Servicios Asistenciales: 7.6*

*Satisfacción Global:8.4*

**7.** Elaboración de documentos del sistema de información. *De acuerdo a lo establecido en conjunto con la oficina de planeación, se encuentra el 75% de los documentos del SIG aprobados y el 25% en estado pendiente los cuales se relacionan a continuación:*

*CC-IN-001 Parametrización De Contratos*

*CC-IN-004 Elaboración De Informes Normativos*

**8.** Elaborar y realizar seguimiento a la matriz de riesgo. *El proceso de Gestión Comercial y cartera tiene cinco (05) riesgos divididos en dos (2) de Corrupción, dos (02) de gestión y uno (01) de LA/FT identificados los cuales se encuentran controlados al 100%.* **9.** Implementar los componentes del MECI en la oficina. *Se evidencia un 100% de cumplimiento en las actividades establecidas en el Plan Operativo Anual 2019 para la implementación de los componentes del MECI de acuerdo a la evaluación del cuarto Trimestre 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 2 de 3

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

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **94%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Realizar los instructivos planteados. (Con un **60%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**2.)** Socializar con el equipo de trabajo la caracterización de los instructivos creados para una fácil implementación de los mismos. (Con un **60%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**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** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **en el mes de Noviembre de 2018**

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:** Visita de Auditoria **21/11/2018** presentando informe de Auditoria a mediante **OCI-001-2019** con fecha del **03/01/2019**, Se aclara que para la vigencia 2019 la Oficina de Control Interno No Realizó visita de Auditoria al Proceso.

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

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

**Hallazgo 2018:** Los indicadores del proceso, se construyen en un documento no formal, toda vez que no se diligencian dentro del formato adoptado por el hospital en su Sistema Integrado de Gestión "PC-FR-012 Formato de seguimiento a indicadores"

## 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 3

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

**Aclaración:** Para la vigencia 2019 este hallazgo se subsanó, la Oficina de Gestión Comercial y Cartera presenta el Indicador del Proceso en el Formato "PC-FR012 Formato seguimiento a Indicadores" adoptado por el Hospital.

### OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORÍA.

Durante la vigencia 2018, la Oficina de Control Interno, realizo seguimiento a la contratación con los especialistas vs las tarifas contratadas con las EPS, se emitió el informe 1004-OCI-047-2018 "Informe de seguimiento aleatorio a la contratación especialistas 2018." El cual fue remitido a la Agente Especial Interventora.

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

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

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.1 Realizar el 40% de los instructivos faltantes de los planteados.

7.2 Realizar la socialización con el equipo de trabajo de la caracterización de los instructivos creados, para una fácil implementación de los mismos, correspondiente al 40% faltante.

Finalmente se concluye que el proceso de Gestión Comercial y Cartera presenta cumplimiento del **96.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 DEPENDENCIAS 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **26** compromisos con un resultado del **98%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Hacer seguimiento a los procedimientos implementados en el software, con el fin de garantizar el cumplimiento del objetivo desde el punto de vista asistencial.** Revisada la intranet se evidencia que se cuenta con el documento en pdf del instructivo de manejo de historia clínica, publicado en el SIG **2. Aplicar las tablas de retención para realizar las transferencias.** Se envía a control interno oficios soporte de la gestión en la entrega del archivo documental. Pendiente recepción por parte de Registros clínicos. **3. Hacer seguimiento diario a las estancias en el servicio de internación médica.** El seguimiento diario a estancias facilita la gestión oportuna entre las diferentes áreas, con el fin de mejorar la oportunidad en la atención y la rotación de pacientes. Se remitió copia de los informes a diciembre a la Oficina de Control interno como soporte. **4. Identificar las glosas causadas por responsabilidad médica o asistencial.** Las reuniones de glosas con los especialistas y médicos generales de la unidad facilita la generación de acuerdos en la calidad de la historia clínica y la resolución oportuna de las necesidades de los pacientes. Se remite copia del Acta de Reunión de glosas a cargo de la PU de auditoría de cuentas -Jefe Ofelia Vargas **5. Implementación del modelo de acuerdo al plan de trabajo para la implementación del modelo integrado de Planeación y gestión.** Como parte de la implementación, se hizo necesario hacer el curso completo de MIPG, lo cual facilita el trabajo articulado con las diferentes áreas en pro del mejoramiento continuo. Se adjunta imagen del certificado del curso virtual MIPG a solicitud de talento humano **6. Documentar procedimientos, Instructivos, formatos de la Unidad Funcional.** Como necesidad en el cumplimiento de requisitos de habilitación, se gestionaron los documentos de procesos prioritarios de los servicios de la UFIM. Listado de documentos de Internación Médica a Diciembre 31 de 2019 con cumplimiento del 97,79% según oficina de planeación y calidad: aprobados, editados y en edición **7. Socializar los documentos al personal y ejecutar su implementación.** En reuniones con médicos y especialistas, se socializaron los documentos aprobados por el SIG dejando la evidencia respectiva. Se envía a control interno actas de socialización de instructivo de recibo y entrega de turno, estancias prolongadas, análisis de situación de ginecobstetricia **8. Socializar el código de integridad de la Institución al personal de UF.** El sentido de pertenencia con la institución es clave para el buen desempeño y lograr la satisfacción de necesidades, por tal razón el código de integridad es una herramienta valiosa que se socializó en diversas reuniones. Se remite copia de los listados de firmas y actas de socialización con los médicos de la UFIM como soporte. **9. Socializar el Plan de Capacitación para el personal de la Unidad.** Se revisó la intranet del hospital y se

<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

compartió el link del plan de capacitación, no obstante solo es posible acceder a este documento desde equipos institucionales, lo cual dificulta la debida revisión. Se remite copia de los listados de firmas y actas de socialización con los médicos de la UFIM como soporte **10. Socializar el Plan de Bienestar e incentivos.** Se revisó la intranet del hospital y se compartió el link del plan de bienestar e incentivos, no obstante solo es posible acceder a este documento desde equipos institucionales, lo cual dificulta la debida revisión. Se remite copia por correo electrónico a las enfermeras y los médicos de la UFIM **11. Socializar el POA de la Unidad Funcional.** En reuniones con especialistas y médicos generales, se socializó el POA de la unidad, generando compromisos desde cada área para su cumplimiento. Se remite copia por correo electrónico a las enfermeras y los médicos de la UFIM Se adjunta soporte entregado por el Departamento de enfermería. Se envía soporte a control interno **12. Realizar la socialización de la actualización del MECI conforme al MIPG.** Se socializa el módulo 7 de MIPG relacionado con Control Interno mediante correo electrónico dirigido a todos los médicos especialistas y hospitalarios de la UFIM. **13. Realizar el diagnóstico de cumplimiento de los estándares de mejoramiento por servicio.** En el primer trimestre del año se había realizado una autoevaluación y en el mes de noviembre y diciembre se realizó autoevaluación de los requisitos mínimos de habilitación verificando los hallazgos de la primera autoevaluación 2019. **14. Cumplimiento del Plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos de autoevaluación de habilitación.** En cada trimestre se hizo seguimiento al cumplimiento, no obstante varios de los requisitos mínimos de habilitación son de infraestructura y equipos lo cual requiere de proyectos viabilizados que faciliten la renovación tecnológica y los espacios óptimos. Se evaluó al mes de diciembre de acuerdo a las acciones realizadas en el año obteniendo un 100% de cumplimiento. **15. Informar de acuerdo a las directrices institucionales los indicadores de obligatorio reporte.** Los indicadores se midieron mes a mes evidenciando el cumplimiento de los mismos acorde a las metas trazadas. Se remite archivo con los indicadores de enero a diciembre de la UFIM. **16. Cumplimiento del PAMEC.** Se adjunta evaluación del pamec institucional, el cual está en revisión y ajuste por la oficina de planeación y calidad **17. Elaborar el mapa de riesgos de la Unidad Funcional Internación médica.** Se envía archivo con la evaluación del mapa de riesgos a 31 de diciembre de 2019 en 99,6% de cumplimiento. **18. Realizar las evaluaciones programadas del Mapa de riesgos de la UFIM.** Se envía archivo con la evaluación del mapa de riesgos a 31 de diciembre de 2019 en 99,6% de cumplimiento **19. Seguimiento por auditoria concurrente de las estancias hospitalarias mayores de 5 días.** El análisis de estancias prolongadas, facilita evidenciar la falta de red de las eps por hospitalización domiciliaria, oxígeno domiciliario, autorizaciones de servicios no contratados, remisión a mayor complejidad entre otros. Se remite a control interno acta de reunión comité de estancias prolongadas a diciembre 2019 **20. Seguimiento por auditoria concurrente de la oportunidad y cancelación quirúrgica de los pacientes en internación médica.** El seguimiento a la oportunidad



## 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


*quirúrgica y cancelación facilita la gestión diaria que contribuya a la atención integral de los pacientes con oportunidad, humanización, seguridad y calidad.*

*Se remite a control interno copia de los informes elaborados por apoyo diagnóstico al cuarto trimestre 2019* **21. Seguimiento por auditoría concurrente de las ayudas diagnósticas y terapéuticas internas y externas solicitadas en los pacientes de internación médica.** *El seguimiento a ayudas diagnósticas y terapéuticas internas y externas solicitadas facilita la gestión diaria que contribuya a la atención integral de los pacientes con oportunidad, humanización, seguridad y calidad. Se remite a control interno copia de los informes elaborados por apoyo diagnóstico al cuarto trimestre 2019* **22.**

**Comunicación con las EAPB con las cuales se tiene relación contractual para revisar, analizar y resolver las estancias prolongadas.** *Las reuniones periódicas con las EPS de acuerdo al número de pacientes hospitalizados, los pendientes por gestionar, facilitan establecer comunicación entre las partes para lograr la resolución de las necesidades de los pacientes. Se remite copia de las actas y correos con reportes a las EAPB* **23. Análisis mensual de los casos reportados como eventos adversos presentados en los servicios de internación médica.** *En comité mensual de seguridad del paciente se analizan los casos de eventos adversos generando estrategias que contribuyen a la detección de estos, la gestión y la prevención. Se remite copia de las actas de eventos adversos de enero a diciembre en comité de seguridad del paciente a control interno* **24. Desarrollo del programa de control de infecciones en los servicios de internación.** *En comité mensual del programa de infecciones se identifican las IACS lo cual contribuye al análisis de las causas y generación de acciones que lleven a la disminución y control de las mismas. Se remite copia de las actas de comité de infecciones en las que se analizan las IIAC de enero a diciembre a control interno* **25.**

**Desarrollar acciones que conlleven a dar cumplimiento al reporte de la tasa de mortalidad hospitalaria mayor de 24 horas.** *En comité mensual de mortalidad hospitalaria se analizan las muertes de pacientes con más de 48 horas de hospitalización, identificando oportunidades de mejora en la gestión clínica. Se remite copia de las actas de comité de mortalidad hospitalaria a control interno de octubre y noviembre.* **26.**

**Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica.** *Mes a mes auditoría concurrente analiza los casos de gestantes con eventos de interés y se socializan con los especialistas en busca de las oportunidades de mejora que contribuyan a la reducción de casos de mortalidad materna y/o manejo efectivo de la morbilidad materna extrema. Se envía correo a control interno con informes a diciembre como soporte de medición de adherencia a guías.*

<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 7	

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

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **98%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que hay cumplimiento de las acciones con un 100%.

**1.) Aplicar las tablas de retención para realizar las transferencias (Con un 80% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).**

**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 **Internación Médica en el mes de Noviembre de 2019.**

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:

**INTERNACIÓN MÉDICA** : Auditoria presentada mediante **OCI-093-2019** con fecha del **09/11/2019**

### **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:** se evidencio que hay personal asistencia que no está inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1164 de 2007.

<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 7	

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 y Gestión de conocimiento y la innovación se tienen los siguientes hallazgos:**

***Hallazgo:** la unidad funcional de internación médica, no tiene los procedimientos del SIG aprobados, incluyendo entre estos el manual de contratación y los procedimientos del área.*

***Hallazgo:** la unidad funcional de internación médica, no ha actualizado el documento de sedación para procedimientos bajo sedación Grado I y II de acuerdo al plan de mejoramiento de habilitación.*

***Hallazgo:** la unidad funcional de internación médica, no cuenta con documento aprobado para garantizar la atención segura del binomio madre e hijo.*

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 Médica 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 de faltantes y sobrantes.*

**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 Registros Clínicos la recepción del archivo documental.

7.2 Completar el 2.21% faltante en la gestión de los documentos de procesos prioritarios de los servicios UFIM.

7.3 Realizar el 0.4% de actividades no realizadas y contempladas en el mapa de riesgo de la UFIM detectadas en su evaluación a 31 de diciembre de 2019 con resultado de 99,6% de cumplimiento.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.4 Realizar el 20% de acciones faltantes para aplicar las tablas de retención para realizar las transferencias.

## 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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.5 Dimensión de Talento Humano: Realizar las acciones requeridas tendientes a la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) de conformidad a la Ley 1164 de 2007 del personal sin cumplimiento de esta norma.

7.5 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación y Gestión de Conocimiento y la Innovación: Realizar las acciones pertinentes para la aprobación de los procedimientos del SIG, incluyendo entre estos el manual de contratación y los procedimientos del área.

Realizar la actualización del documento de sedación para procedimientos bajo sedación Grado I y II de acuerdo al plan de mejoramiento de habilitación.

Realizar las gestiones pertinentes para la aprobación del documento para garantizar la atención segura del binomio madre e hijo.

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 Médica avance en estrategias y documentos que establezcan control sobre las IAAS.

7.6 Dimensión de Control Interno: Conciliar en los inventarios de los carros de paro ubicados en el UFIM las diferencias de faltantes y sobrantes.

Finalmente se concluye que el proceso de Internación Médica presenta cumplimiento del **99%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de 20 compromisos con un resultado del 100%, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Monitorear la atención del TRIAGE 2-4 Y 5. Mensualmente se generó informe TRIAGE 2 - 4 Y 5** **2. Participar de la mesa de trabajo de la Red de urgencias del Municipio de tal manera que se facilite la rotación de los usuarios dentro de la Red de urgencias. Se realizaron reuniones con los entes externos municipales departamentales encargados de las urgencias** **3. Informar mensualmente con el análisis respectivo el comportamiento del indicador de porcentaje de ocupación en urgencias. Se presentó informe mensual de los indicadores de gestión a la oficina de planeación.** **4. Gestionar los hallazgos identificados en el seguimiento a la implementación del sistema de información de la historia clínica electrónica. El cronograma de mantenimiento se ha venido ejecutando de acuerdo a la programación. Se han firmado las actas parciales de mantenimiento al hardware y software.** **5. Realizar seguimiento al servicio con el fin de intervenir las estancias prolongadas. El seguimiento se realizó mensualmente y genero un informe (censo consolidado) que permite evidenciar las causas de estancia en el servicio de urgencias.** **6. Realizar seguimiento al proyecto de necesidades de dotación para el servicio de urgencias conforme nueva estructura física. Se realizó solicitud de adquisición de elementos de dotación para el funcionamiento del servicio** **7. Disminuir el número de glosas por la atención en urgencias. A través de los correos electrónicos se tuvo comunicación con el área de contratación y mercadeo para lo referente a las situaciones particulares de cada EPS, las novedades y se participa en los comités de glosas** **8. Informar mediante correo electrónico a la Súper Salud después de 48 horas de iniciado el trámite de ayuda diagnóstica, que el hospital no realiza o de la necesidad de ubicar el usuarios en una IPS de mayor complejidad, la no oportunidad de respuesta a estas necesidades del usuario por parte de las EPS. Diariamente se hizo el reporte a la Supersalud de aquellas ayudas diagnósticas o remisiones que las diferentes EPS se demoran en autorizar o en asignar la cita. La evidencia se encuentra en los correos electrónicos enviados a la Supersalud.** Dependencia de APOYO DIAGNOSTICO **9. Tramitar ante los entes de control y autoridades delegadas los casos de abandono por parte de familiares y/o ICBF de menores en la UFU. Se realizó reunión con los organismos comprometidos en el proceso de atención de los menores. Se realiza seguimiento al caso de la paciente** **10. Realizar capacitaciones de humanización en la atención. Mensualmente se hicieron reuniones con el personal, donde se hace énfasis en la humanización del servicio. Socialización política de cero maltrato al paciente y su**

<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

*entorno.* **11. Desarrollar acciones de mejoramiento derivados de las quejas e insatisfacciones de los usuarios por maltrato con la o las personas involucradas.** A las insatisfacciones se les dieron respuesta en los términos definidos por Ley, generando las acciones de mejora de acuerdo a la insatisfacción presentada. Las respuestas reposan en la oficina de atención al cliente. **12. Socializar reglamento interno del servicio de urgencia en donde se establezca la identificación del cliente interno y externo.** Se realizó socialización del manual de gestión. **13. Capacitar al personal en la cultura de valores y principios institucionales.** En las reuniones mensuales y como se ha venido trabajando desde vigencias anteriores se les recuerda al personal el código de principios y valores institucionales. **14. Reportar al Oficial de cumplimiento los formatos y demás información según SARLAFT.** Toda la contratación se pasa por el sistema SARLAF **15. Participar en las capacitaciones de SARLAFT.** Se dictó capacitación sobre el SARLAFT **16. Fortalecer el proceso de referencia y contra referencia para lograr una mayor aceptación de remisiones de alta complejidad.** Se ha realizado el manejo de la referencia con el apoyo del emergenciólogo, orientando la aceptación de pacientes que sea pertinente por el nivel de complejidad que maneja la Institución (informe de gestión). **17. Realizar las evaluaciones periódicas de la implementación de MIPG. Evaluación políticas MIPG** **18. Implementar mecanismo de difusión y socialización de los documentos involucrados en el sistema de habilitación según el requerimiento de la n% de servicios cumpliendo requisitos de habilitación.** Socialización del manual de referencia y contra referencia. **19. Generar plan de mejoramiento de acuerdo a la autoevaluación según la Resolución 2003 del 2014.** Se cumplió con el 96% de los requisitos de habilitación para julio del 2019 **20. Verificación del sistema-autoevaluaciones - auditoría independiente- planes de mejora conforme al ajuste del sistema del MIPG.** Se envió evidencia de cumplimiento de los pendientes de acuerdo al último plan de mejoramiento dejado por la oficina de CONTROL INTERNO.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **93%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1) Generar informe mensual del resultado de las auditoria realizadas semanalmente al triage 2 - 4 y 5 (Con un **91%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 2) Participar activamente en los comites de Urgencias del Municipio con el fin de trabajar la contrarreferencia de pacientes (Con un **83%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 3) Programar reuniones mensuales con el recurso humano que labora en el servicio de urgencias. (Con un **91%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/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 3 de 6

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

- 4) Diseñar el Plan de Mejoramiento derivado de la autoevaluación para la habilitación (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 5) Elaborar el informe del comportamiento de los indicadores de obligatorio reporte, de manera mensual y realizar la certificación de los mismos de acuerdo a los requerimientos de la Superintendencia (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 6) Desarrollar plan de trabajo por fases para la implementación de MIPG (Con un **67%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).


**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **7** 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 **Unidad Funcional Urgencias en el mes de Mayo de 2019** 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 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:

**UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS:** Auditoría presentada mediante **OCI-078-2019** con fecha del **22/08/2019**

<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 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 se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** De acuerdo a la visita de campo realizada en la sala de espera del área de Urgencias, se pudo observar que **los médicos no están atendiendo a los pacientes directamente**, sino que los encargados de hacer la consulta son los internos; se considera que los internos deben ser instruidos por los médicos para formarse como futuros profesionales de la salud, pero no deben realizar sus funciones, las cuales son brindar la atención oportuna de manera integral a los pacientes que ingresan a la entidad; se recomienda que se tomen las acciones correctivas pertinentes.

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

**Hallazgo:** El normograma del área NO se encuentra actualizado y publicado en la página del Hospital.

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

**Hallazgo:** Se considera que no se tienen identificados en su totalidad los riesgos que pueden afectar el área.

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

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.1 Generar el 9% restante del informe mensual del resultado de las auditorías realizadas semanalmente al triage 2 - 4 y 5.

7.2 Participar activamente en el 17% restante de los comités de Urgencias del Municipio con el fin de trabajar la contrarreferencia de pacientes.



## 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

7.3 Realizar el 9% restante de la programación de las reuniones mensuales con el recurso humano que labora en el servicio de urgencias.

7.4 Diseñar el 25% restante del Plan de Mejoramiento derivado de auto evaluación para la habilitación.

7.5 Elaborar el 25% del informe del comportamiento de los indicadores de obligatorio reporte, de manera mensual y realizar la certificación de los mismos de acuerdo a los requerimientos de la Superintendencia.

7.6 Desarrollar el 33% restante del plan de trabajo por fases para la implementación del MIPG.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.7 Dimensión de Talento Humano: la atención a los pacientes se debe brindar por los médicos de HFLLA y no por los internos debido a que se encuentran en formación como médicos y no deben asumir las funciones de estos.

7.7 Dimensión de información y comunicación: Actualizar el Normograma del área y realizar la publicación en la página del Hospital.

7.8 Dimensión de Evaluación de Control Interno: Identificar la totalidad de los riesgos que puedan afectar el área.

Finalmente se concluye que el proceso **Unidad Funcional Urgencias** presenta cumplimiento del **98.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** compromisos con un resultado del **97%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Seguimiento al cumplimiento del registro de la Historias Clínicas en el software. *Los registros de lo realizado se han consignado en la historia clínica excepto cuando hay fallas en el sistema de información por un tiempo superior a una hora. Auditoría mensual revisada por los coordinadores de cada servicio. Se está trabajando en incluir el formato de transfusión en la historia clínica que hasta el momento se lleva en físico* **2.** Ejecución y seguimiento al plan de compras de la vigencia. *Se cumplió de acuerdo a lo planeado* **3.** Seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de los usuarios en los términos establecidos. *Se dio respuesta oportuna a todas las quejas reportadas a los servicios En este trimestre no se recibió en la Oficina de Atención al usuario ninguna PQRS* **4.** Elaboración y seguimiento al plan de mejoramiento de los estándares de habilitación. *Los servicios realizaron la autoevaluación de estándares de habilitación correspondiente con su respectivo plan de mejoramiento al cual se le realizó seguimiento por parte de los líderes* **5.** Socializar la política interna de humanización del servicio. *Se socializó la política de humanización en todos los servicios lo cual se evidencia en las acta y los funcionarios realizaron curso de humanización.* **6.** Socializar el código de ética, principios y valores. *Gestión del talento humano socializó el código de integridad.* **7.** Reportar al Oficial de cumplimiento los formatos y demás información según SARLAFT. *Todos los contratos celebrados en el año fueron reportados al oficial de cumplimiento de SARLAF.* **8.** Realizar la socialización de la actualización del MECI conforme al MIPG A todo el talento humano se le exigió por parte del Hospital realizar el curso virtual de MIPG en donde la CNSC realizó la actualización y socialización del modelo integrado de planeación y gestión. *Los certificados reposan en la Oficina de Gestión Humana* **9.** Documentar procedimientos, Instructivos, formatos de los Servicios del Grupo de Apoyo a la Atención. *Dato confirmado con la Oficina de Planeación y Calidad.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **96%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.)** Socialización del Proceso de atención en los servicios de la Unidad Funcional Ambulatorios y Servicios de Apoyo a la Atención, una vez sea revisado y aprobado por parte de la Oficina de Planeación y Calidad (Con un **25%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

<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

2). Documentar procedimientos, Instructivos, formatos de los Servicios del Grupo de Apoyo a la Atención (Con un **72%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **7** riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Para la vigencia 2019 se realizó la visita de auditoria al Proceso de **Unidad Funcional Grupo Servicios Apoyo a la Atención durante la vigencia 2019 de las siguientes áreas** 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 **OCI-077-2019 con fecha del 09/09/2019***

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 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 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 verificación y analisis de la dimension de Evaluación de Resultados**

## 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

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 **92.0%**

### **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 deben realizar las siguientes actividades:


7.1 Se debe terminar las acciones emprendidas para incluir el formato de transfusión en la historia clínica que se registra en el software que hasta el momento se lleva en físico.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Realizar el 75% faltante de la socialización del Proceso de atención en los servicios de la Unidad Funcional Ambulatorios y Servicios de Apoyo a la Atención, una vez sea revisado y aprobado por parte de la Oficina de Planeación y Calidad.

7.3 Realizar el 28% faltante en documentar procedimientos, Instructivos, formatos de los Servicios del Grupo de Apoyo a la Atención.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoría se debe:

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Calle 100 - Bogotá</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

7.4 Dimensión de Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

7.5 Dimensión de Información y Comunicación: Sin hallazgo, se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

Se recomienda publicar el 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 **98.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2019.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** compromisos con un resultado del **88%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1.** Hacer seguimiento a los procedimientos implementados en el software, con el fin de garantizar el cumplimiento del objetivo desde el punto de vista asistencial. *Se logró ajustar la historia clínica de oncología, se organizó las incapacidades por sistema. Se realizó auditoría a los procesos de asignación de citas y la atención en la consulta.* **2.** % de centro de costos implementados. *Se realizaron las reuniones programadas con la profesional de costos, se hicieron los ajustes de acuerdo a las novedades de recurso humano y además se trabajó con el personal de inteligencia informática los centros de costos del área ambulatoria.* **3.** Implementar el sistema integrado de gestión. *Se documentaron varios instructivos y procedimientos del área. Hubo participación masiva en las capacitaciones de humanización. Hubo dificultad en el avance de las socializaciones.* **4.** Realizar el diagnóstico del cumplimiento de los estándares de habilitación por servicio. *Se realizó la autoevaluación y se diseñó el plan de mejoramiento el cual se trabajó durante toda la vigencia* **5.** Teniendo en cuenta el PAMEC institucional, participar en la autoevaluación de los estándares de acreditación asignados. *Se elaboró el plan de mejoramiento y se trabajó en la priorización que se dio durante el proceso de autoevaluación.* **6.** Generar mensualmente los indicadores de calidad. *Mensualmente se generaron los informes con sus respectivos análisis y sobre los resultados se fueron desarrollando las mejoras para alcanzar los objetivos del área.* **7.** Seguimiento y control de la oportunidad de la consulta especializada. *Se realizó monitoreo mensual al comportamiento de este indicador y además se le hacía seguimiento con acciones de mejora al indicador de inasistencia* **8.** Desarrollar las estrategias MECI en las áreas que hacen parte de la unidad funcional ambulatorios. *No se asigna calificación dado que no hubo visita de control interno a la unidad por lo tanto no se elaboró plan de mejoramiento.* **9.** Implementar el sistema de gestión del riesgo. *Se desarrollaron las estrategias planteadas en el mapa de riesgos del área, con el fin de mitigar. Ningún riesgo se materializó en el área durante esta vigencia.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **91%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1.) Documentar procedimientos, Instructivos, formatos de la Unidad Funcional** (Con un 90% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **2.) Socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación** (Con un 90% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**3) Socializar el código de integralidad de la Institución** (Con un 80% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **4. Elaborar y ejecutar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de control interno**, para dar cumplimiento al MECI (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019)

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **7** riesgos de los cuales no están

<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 3	

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

materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

**6.4** Para la vigencia 2019 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 3 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 2020.

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

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

7.1 Realizar las actividades pendientes correspondientes al 12% para el total cumplimiento de los compromisos de la dependencia.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Realizar el 10% faltante de la documentación de los procedimientos, Instructivos, formatos de la Unidad Funcional.

7.3. Realizar el 10% faltante de la socialización de los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación.


7.4 Realizar el 20% faltante de la socialización del código de integralidad de la Institución.

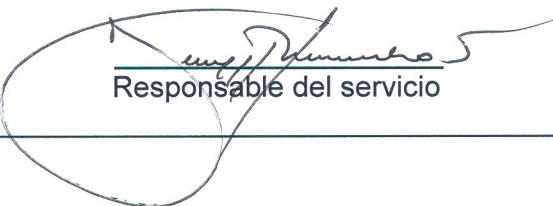
7.5 Elaborar y ejecutar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de control interno, para dar cumplimiento al MECI, el cual no tuvo ningún porcentaje de ejecución en la vigencia anterior.

Finalmente se concluye que el proceso **Unidad Funcional Servicios Grupo Ambulatorios** presenta cumplimiento del **93.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2019.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFECCIONES Y ESTADISTICA.***

#### **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 **2019** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **24** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

- 1. AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA .** *Durante este año se generaron Herramientas que permiten totalizar y entrar en el detalle de los usuarios de Hospitalización y UCIS, los servicios prestados y sus estancias en los diferentes servicios y áreas especializadas relacionadas. Gracias al Programa Dinámica Gerencial hemos cumplido con la generación de la información requerida en el proceso y satisfacer las expectativas de los usuarios internos y externos de la institución.*
- 2. SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD. .** *Continuar con el Diligenciamiento y ajuste de las fichas Técnicas de los indicadores de calidad. Durante se realizó un ajuste a las certificaciones de los indicadores de calidad con destino a la Superintendencia de salud. El cumplimiento de las competencias laborales, continúa siendo oportuno por parte de los Coordinadores de las unidades funcionales y las oficinas asistenciales permitiendo que la información haya fluido mensualmente en los instrumentos establecidos. Validar la información recibida de las Unidades Funcionales para la construcción de los indicadores de Calidad. Durante este año se recibió en cada trimestre los instrumentos diligenciados con la información validada para ejecutar el consolidado general, que luego se socializa con los diferentes entes públicos y autoridades de vigilancia y control. Consolidar, analizar, validar y generar mensualmente los indicadores de calidad, realizando los reportes a las Entidades de Vigilancia y Control. Durante este año se generaron Herramientas que permiten totalizar y entrar en el detalle de los usuarios de Hospitalización y UCIS, los servicios prestados y sus estancias en los diferentes servicios y áreas especializadas relacionadas. Realizar las acciones de mejora de los indicadores de Calidad, acorde con los requerimientos institucionales. Gracias al Programa Dinámica Gerencial hemos cumplido con la generación de la información requerida en el proceso y satisfacer las expectativas de los usuarios internos y externos de la institución.*
- 3. MECI. Participar en la evaluación de los indicadores de Gestión.** *Se cumplió con el trámite de la información para el reconocimiento, análisis y evaluación del POA Y MATRIZ DE RIESGO año 2019 por parte de la Oficina de Control Interno.*
- 4. SISTEMA DE GESTION DEL RIESGO. Realizar el seguimiento y evaluación a la matriz del riesgo.** *La ejecución, cumplimiento y evaluación año 2019 de la Matriz de Riesgo no presento materialización de los riesgos. Elaborar el Plan de Mejoramiento. El plan de mejoramiento como tal no se ha requerido. Pero en procura de no tener falencias en el manejo de la información se hace continua y efectiva revisión de la información*

<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 5	

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

*socializada. Inclusive estableciendo contacto telefónico directo con los entes en mención y control.*

**5. PRESTACION DE SERVICIOS CON CALIDAD.** Continuar con el Plan de Capacitación y actualización sobre los lineamientos y Protocolos del SIVIGILA. Durante el año 2019 se asistió a las capacitaciones propias de las competencias del área y además realizaron jornadas que involucran al talento hospitalario en temas concernientes con la epidemiología y las IAAS. **Realizar las reuniones periódicas del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) para el análisis y seguimiento de los eventos de Salud Pública.** Durante el año 2019 se realizaron las reuniones del COVE según lo programado. Realizar la búsqueda activa institucional de los eventos de Salud Pública a partir de los registros individuales de prestación. **Realizar la búsqueda activa institucional de los eventos de Salud Pública a partir de los registros individuales de prestación.** Durante el año 2019 se realizó la búsqueda activa institucional de los eventos de Salud Pública a partir de los registros individuales de prestación de servicios y finalmente se ejecutó la búsqueda y diligenciamiento de la información para la notificación de los casos de acuerdo a las semanas epidemiológicas. El año tiene 52 semanas de vigilancia epidemiológicas para la notificación de los eventos de salud pública.

**6. PRESTACION DE SERVICIOS CON CALIDAD.** Realizar, SEGÚN LA NORMATIVIDAD, los ajustes de actualización al Programa de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS. Los ajustes de actualización al Programa de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención en salud - IAAS. **Se realizó siguiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente** Desarrollar el monitoreo de los Indicadores priorizados de las IAAS, de acuerdo a la normatividad vigente. Durante el presente año, se realizaron los comités de IAAS según la programación anual. Realizar el análisis de las IAAS por los servicios de la institución y presentarlos en el Comité IAAS. En los Comités se realizó los análisis y evaluación de los casos presentados mes a mes. **Realizar el seguimiento y evaluación de los Planes de mejoramiento para la disminución de las IAAS.** El plan de mejoramiento como tal no se ha requerido. Pero en procura de no tener falencias en el manejo de la información se hace continua y efectiva revisión de su socialización, estableciendo contacto telefónico con los entes de control. **Realizar el seguimiento al Patrón de Resistencia de los microorganismos identificados en el hospital.** La evaluación del Patrón de resistencia bacteriana ha tenido el acompañamiento de la secretaria de salud municipal y además la presencia del infectólogo institucional, permitiendo que el proceso sea más efectivo.

**7. PRESTACION DE SERVICIOS CON CALIDAD.** Realizar las reuniones de Análisis de la Mortalidad Intrahospitalaria de los Eventos de Salud Pública y la Mortalidad Mayor de 48 horas. Durante el año 2019 se realizaron doce (12) reuniones del comité de Mortalidad mayor de 48 horas. El Indicador llena las expectativas acorde con el número de usuarios fallecidos que en su mayoría provienen de otros municipios del Tolima y otros departamentos vecinos. Calificando a los usuarios que llegan a nuestra

## 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

organización como usuarios en estado crítico y presentando comorbilidades de alto riesgo. **Elaborar el Plan de Mejoramiento de los Análisis de Mortalidad.** El plan de mejoramiento como tal no se ha requerido. Pero en procura de no tener falencias en el manejo de la información se hace continua y efectiva revisión de la misma y socializando en un contacto telefónico directo con los entes en mención y control. **Realizar el Monitoreo de los Indicadores de Mortalidad Hospitalaria.** El comportamiento del indicador presento durante el año 2019 una tendencia creciente generada por el aumento de la demanda de usuarios, además las camas de unidad de cuidado intensivo pasaron de 73 en el 2014 a 89 en el 2019, lo que lleva a un incremento de usuarios con morbilidad y comorbilidades más críticas. **Realizar la captura, registro y recolección de la información Estadística de la Institución.** Durante el año 2019 la actualización y ajuste al inventario de los formatos de captura, registro y recolección de la información Estadística de la Institución fue efectivo y el consolidado de inventarios no tuvo ninguna modificación con base en el año anterior. **Operativizar el procesamiento, análisis y divulgación de la información estadística en la Institución.** Durante el año 2019 se tuvo los instrumentos necesarios e indispensables ajustados y aprobados para la captura de la información. **Cumplir con los procedimientos de entrega oportuna, confiable y de disponibilidad de la información estadística con base en el Software Dinámica Gerencial para la toma de decisiones de la institución.** Durante el año se continuo con el cumplimiento de la socialización de la información revisada y autorizada con destino a los entes internos y externos y autoridades de control. **Realimentar la operatividad de los procedimientos realizados en las diferentes etapas de captura de la información con el fin de realizar la evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento.** El plan de mejoramiento como tal no se ha requerido. Pero en procura de no tener falencias en el manejo de la información se hizo continua y efectiva revisión de la información socializada. Inclusive estableciendo contacto telefónico directo con los entes en mención y control.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que hay cumplimiento de las acciones con un 100%.

**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 6 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 **Vigilancia epidemiológica, infecciones y estadístico**, en el mes de **Marzo de 2019** 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

<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

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:

**Vigilancia epidemiológica, infecciones y estadística:** Auditoria presentada mediante **OCI-037-2019** con fecha del **26/03/2019**

#### **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 Evaluación de Resultados**  
No se encontraron Hallazgos

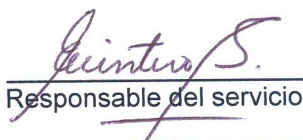
#### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Informacion y Comunicación**

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 del Hospital.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Cajamarca - Perú</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

<p><b>De acuerdo a la verificación y análisis de la dimensión de <u>gestión del conocimiento y la innovación</u></b></p> <p>No se encontraron Hallazgos</p>
<p><b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b></p> <p>En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:</p> <p>7.1 Dimensión de Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.</p> <p>7.2 Dimensión de Información y Comunicación: Se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en el momento que se requieran.</p> <p>En cuanto el Normograma se recomienda realizar la respectiva publicación en la Página del Hospital.</p> <p>Finalmente se concluye que el proceso de Vigilancia Epidemiológica, Infecciones y Estadística presenta cumplimiento del <b>100%</b> de los Objetivos y metas programado para el año 2019.</p>
<p>8. FECHA: Febrero de 2020</p>
<p>9. FIRMAS:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">    <hr style="width: 100%;"/> <p>Jefe Oficina de Control Interno</p> </div> <div style="text-align: center;">    <hr style="width: 100%;"/> <p>Responsable del servicio</p> </div> </div>



## 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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **14** compromisos con un resultado del **88%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Realizar el autodiagnóstico del MIPG en los siguientes componentes.**

**Servicio al ciudadano**

**Tramites**

**Participación ciudadana  
rendición de Cuentas**

*se cuenta con la autoevaluación del MIPG vigencia 2019*

**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 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 en humanización dictadas por comfenalco a todo el equipo y Maithus consumo de sustancias psicoactivas.**

**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 auditorias para el mejoramiento continuo del mismo. Se tiene el formato PCR-012- indicadores de satisfacción global con un promedio de 97,8 % en este IV trimestre**

**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 2019 Se elabora y se hace el respectivo seguimiento de los planes de mejoramiento**

<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

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.** *Se tiene establecido el programa de Humanización aprobado, listo para realizar la socialización*  
**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.*

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

**1).** Ajustar y revisar los documentos del proceso de atención al Usuario:

Inconsistencias Administrativas

manual de Atención Al Usuario

Plan participación Ciudadana

Procedimiento PQRS Instructivo Abandono social (Con un **80%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**2).** 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 **67%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**3).** Organizar el recurso humano para garantizar la inducción y reinducción de todo el personal que desarrolla sus actividades en el proceso de Atención al usuario y Trabajo social (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**4).** 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 **60%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/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 3 de 7

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

**5).** Elaborar instructivo de la Conformación de la Alianza de usuarios y comité de ética hospitalaria (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**6.** En las reuniones mensuales con los grupos de trabajo de las áreas socializar los componentes del meci. (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**7.** Elaborar Plan de Participación ciudadana – MIPG. (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**8.** Medir el porcentaje de satisfacción al usuario. (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).


**6.3** En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **7** 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 **Sistema Atención al Usuario en el mes de Noviembre de 2019** 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-114-2019** con fecha del **23/12/2019****

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Calle 100, Bogotá</small>
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

### **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 Direcciónamietno Estratégico y Planeacion**

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 Informacion 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.

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 Evaluación y seguimiento.***

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

Se recomienda dar cumplimiento con cada una de las Autoevaluaciones que el Proceso debe realizar y presentar.

## 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

### 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 Presentar informe mensual de los indicadores de satisfacción.

7.2 Elaborar el Plan de Participación Social y Ciudadana a partir del insumo del Plan de Acción de Participación Social.

7.3 Socializar el programa de Humanización aprobado.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.4 Ajustar y revisar el 20% por realizar de los documentos del proceso de atención al Usuario: Inconsistencias Administrativas, manual de Atención Al Usuario y Plan participación Ciudadana, Procedimiento PQRS Instructivo Abandono social.


7.5 Organizar el recurso humano para garantizar la asistencia al 33% de las capacitaciones programadas sin ejecutar para el desarrollo del plan de capacitación. Humanización participación ciudadana derechos en salud, pqrs y temas en salud mental.

7.6 Organizar el recurso humano para garantizar el 50% de las acciones sin ejecutar de la inducción y reinducción de todo el personal que desarrolla sus actividades en el proceso de Atención al usuario y Trabajo social.

7.7 Implementar el 40% faltante 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.

7.8 Elaborar el 50% faltante del instructivo de la Conformación de la Alianza de usuarios y comité de ética hospitalaria.

7.9 En las reuniones mensuales con los grupos de trabajo de las áreas socializar el 50% faltante de los componentes del MECI.

<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 6 de 7	

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

7.10 Elaborar el 50% faltante del Plan de Participación ciudadana – MIPG.

7.11 Realizar el 25 % de las acciones faltante para medir el porcentaje de satisfacción al usuario.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.12 Dimensión del Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

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

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

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

Se recomienda dar cumplimiento con cada una de las Autoevaluaciones que el Proceso debe realizar y presentar.

Finalmente se concluye que el proceso de **Sistema Atención al Usuario** presenta cumplimiento del **93.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 **2019** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **12** compromisos con un resultado del **86%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Realizar monitoreo y solicitar los ajustes necesarios del módulo a cargo.** Se han generado requerimientos respecto a la operatividad del módulo de presupuesto, con respecto a los siguientes temas:

- Req. Actualización SCHIP
- Req. Búsqueda Reconocimientos
- Req. Consulta Rubro
- Req. Error Nueva Compilación
- Req. Inconsistencia Fecha Recibo
- Req. Inconsistencia Nota de Pago RP Vigencia Ant.
- Req. Inconsistencia V/r Usuario
- Req. Inconsistencias Reportes Cierre 2018
- Req. Modificación Obligación
- Req. Traslados.

En algunos casos se han realizado informes generados de tal manera que se puedan realizar validaciones pero de forma manual. **2. Reportar y hacer seguimientos a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfase.** En el periodo de enero- Diciembre 2019 se documentaron inconsistencias en la interface del módulo de presupuesto con: almacén, cartera, contabilidad, facturación, tesorería, nomina, auditoria y unidad funcional Quirúrgicos **3. Actualizar los instructivos de acuerdo a software DGH.** El área de presupuesto cuenta con 13 instructivos y un procedimiento aprobados con la actualización al software DGH, 2 más que están en proceso de aprobación en el área de planeación. **4. Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación.** En el mes de noviembre de 2018 se aprobaron 4 de los instructivos y 3 instructivos en el mes de junio y en el mes de julio fueron aprobados otros 6 instructivos, en proceso de aprobación se encuentran 2 instructivos nuevos (GF-IN- XXXX Conciliación Nomina y GF-IN XXXX Instructivo Conciliación Obligaciones vs Pasivo Balance) **5. Revisar las tablas de retención y proponer ajustes; Clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central; Elaborar flujo de documentos del área.** Se realizó reunión con el Técnico Administrativo de Gestión Documental, y se realizaron las siguientes modificaciones:

- *Suprimir una serie denominada Declaraciones Tributarias que no corresponde al proceso presupuestal.*
- *incluir la subserie Plan Operativo Anual.*

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Trujillo - Perú</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

- Serie denominada Registros Presupuestales que debe contener lo mismo que la serie denominada Certificado Disponibilidades Presupuestales; sin embargo se solicita que para ambos casos se deje en primer lugar lo correspondiente a solicitud y posteriormente la anulación.

Queda pendiente el cambio solicitado mediante correo sobre la corrección de la subserie 1201-13-01 ya que corresponde a la serie de Registros y Disponibilidades; la cual debe actualizarse con el nombre: Certificado Registro Presupuestal Anulado.

Así mismo la Oficina está clasificando los documentos conforme a la tabla de retención vigente y las instrucciones impartidas por parte del responsable de Gestión Documental. Desde el 17 de septiembre al 29 de octubre se contó con el apoyo de dos aprendices SENA, quienes alcanzaron a organizar el año 2010 de acuerdo a la TRD, al igual el año 2018 y 2019 se archivaron con la TRD, por lo que los años 2011 al 2017 están pendientes de organizar, se solicitó al área de docencia apoyo con otros aprendices SENA para continuar con este proceso de actualización de dichos años, pero hasta el momento no ha sido posible. Aunque la recepción de archivo en el área de gestión documental no se ha dado debido a que no tienen un espacio adecuado para recibir documentación.

**6. Conciliar la información de los ingresos reconocidos y recaudados registrados en la Ejecución presupuestal con los módulos de facturación, contabilidad, cartera y tesorería.** Se elaboraron las actas conciliación de Ingresos Reconocidos y Recaudados de los meses de: enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2019. **7. Realizar seguimiento a los saldos de los registros presupuestales por facturar u obligar.** Mensualmente se elabora archivo con los saldos por facturar y obligar de las vigencias anteriores y actuales, se envía a cada área para que se realice la solicitud de respectivo ajuste dependiendo de las actas de liquidación de contratos y fichas técnicas elaboradas por contabilidad. Los correo se han anexado desde enero a noviembre de 2019. **8. Realizar seguimiento a los CDP y RP sin comprometer y sin obligar respectivamente.** Mensualmente después de realizado el cierre presupuestal se comunica mediante correo a los coordinadores de las áreas los archivos de seguimiento correspondientes a CDP y RP de cada una de las áreas, para este trimestre se reportaron los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre, lo anterior ha permitido realizar modificaciones presupuestales para liberación de saldos. **9. Presentar informe ejecutivo mensual de la ejecución presupuestal, al ordenador del gasto.** Cada mes se presenta el informe ejecutivo con los respectivos anexos al área de planeación quien se encarga de consolidar la información para transmitirla a la gerencia, para este trimestre se envió dicho informe para los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2019. **10. Realizar conciliación de aquellas cuentas por pagar que están contenidas en el balance general y la ejecución presupuestal de gastos, soportando las diferencias que se presentan.** Mensualmente se elabora conciliación de las pasivos presupuestales versus los contables, evidenciando e identificándolas las diferencias, para

## 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

*este trimestre se realizó la de los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2019. 11. Participar el en desarrollo del Plan de trabajo para implementación del Modelo, de acuerdo a lineamientos de la Oficina de Planeación y Calidad. Se realizó charla por parte del área de control Interno de la cual se anexa acta, también se realizó el curso virtual de la página de MIPG por cada uno de los funcionarios del área de presupuesto. Se realizó publicación de información en la página del hospital de acuerdo a lo solicitado y el respectivo normograma se encuentra publicado en la página web del hospital. 12. Realizar autoevaluaciones. Se socializa a los integrantes del área las autoevaluaciones del POA y la matriz de riesgos. De lo cual se anexa copia del mes de noviembre de 2019.*

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


- 1). Reportar y hacer seguimientos a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfase (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 2). Actualizar los instructivos de acuerdo a software DGH (Con un **87%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 3). Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación (Con un **87%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 4). Revisar las tablas de retención y proponer ajustes (Con un **90%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

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 **GESTION FINANCIERA**

**( PRESUPUESTO )** en el mes de **Febrero de 2019** 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.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>				 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Calle 100, Bogotá</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

**PRESUPUESTO:** Auditoria presentada mediante **OCI-058-2019** con fecha del **11/07/2019**

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 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.

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamietno Estratégico y Planeacion se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** Las políticas de operación del proceso, incluidas en el procedimiento GF-PR-001, no tienen su respectiva denominación, se recomienda dar una denominación a las definiciones del procedimiento para que las políticas sean orientadas con compromisos para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

#### 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 seguimiento al proceso de aprobación de los instructivos con la actualización al software DGH presentados a la Oficina de Planeación y Calidad.

7.2 Realizar seguimiento a Gestión Documental sobre la solicitud de corrección de la subserie 1201-13-01.

Continuar con la clasificación de los documentos conforme a la tabla de retención documental vigente e instrucciones de Gestión Documental y estar pendiente a la asignación del espacio en el archivo central para la transferencia de los documentos pertinentes.



## 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

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3 Realizar el 25% faltante de reporte y seguimientos a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfase.

7.4 Realizar el 13% faltante de la actualización de los instructivos de acuerdo a software DGH.

7.5 Presentar el 13% faltante de documentos actualizados para su aprobación a la Oficina de Planeación.

7.6 Revisar el 10% faltante de las tablas de retención y proponer ajustes.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.6 Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación: actualizar el 100% de documentos del SIG.

7.7 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Dar denominación a las definiciones del procedimiento para que las políticas sean orientadas con compromisos para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Finalmente se concluye que el área de **Presupuesto** presenta cumplimiento del **92.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 8

### *EVALUACION DEPENDENCIAS 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **13** compromisos con un resultado del **79%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización).** Para el periodo comprendido entre Octubre a diciembre de la vigencia 2019, se han realizado revisiones mensuales y pruebas de la parametrización de los módulos que interfazan la información al módulo de NIIF, tales como inventarios, activos fijos, facturación, nómina, cartera, Tesorería y costos Lo cual ha generado nuevas solicitudes enviadas a través de correos electrónicos al Director del Proyecto DGH y responsables de cada área en busca de solucionar las inconsistencias. Se actualizaron las inconsistencias presentadas en el sistema y se hace seguimiento permanentemente a través de reuniones cuyos compromisos adquiridos se dejan en un acta la cual se encuentra actualizada hasta el día 30 de Septiembre de 2019 entre los funcionarios del área contable y la Directora del Proyecto DGH, de la cual se adjuntan solicitudes de soportes efectuadas en el cuarto trimestre, los cuales se describen a continuación: **SOPORTES INCONSISTENCIAS MODULO DE NIIF (Facturación y cartera (11), , Proceso de cierre anual (1), SOPORTES INCONSISTENCIAS MODULO DE PAGOS: (8)** Se aclara que no fue posible actualizar el acta a diciembre, ya que por motivos de contratación la Directora del Proyecto DGH no se reunió con el equipo contable. **2. Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismo.** La actualización de los procedimientos e instructivos con el nuevo Software DGH del área contable se encuentran en Desarrollo. Se han elaborado (15) instructivos los cuales se han enviado a la Oficina de Planeación para su aprobación: 1. INSTRUCTIVO REGISTRO OBLIGACIONES POR PAGAR, 2, INSTRUCTIVO DECLARACION INGRESOS Y PATRIMONIO, 3, INSTRUCTIVO DECLARACIONES RETEFUENTE, 4, INSTRUCTIVO INFORMACION CGN, 5. INSTRUCTIVO INFORME BDME, 6. INSTRUCTIVO CAUSACIÓN AJUSTE Y CONCILIACION DE INGRESOS. 7. CAUSACIÓN DE VIATICOS 8. DECLARACION DE IVA 9. DECLARACION DE RETEICA Y MEDIOS MAGNETICOS 10. NOTAS DEBITO Y CREDITO OBLIGACIONES 11. CONCILIACION DE NOMINA 12. COCILIACIONES PROCESOS JURIDICOS 13. CONCILIACION INVENTARIOS Y ALMACEN 14. CONCILIACION INCAPACIDADES **3. Documentar los cambios.** En el tercer trimestre Julio - Septiembre de 2019, se envió por correo electrónico (5) instructivos a la Oficina de Planeación para su aprobación, INSTRUCTIVO CAUSACIÓN AJUSTE Y CONCILIACION DE INGRESOS, INSTRUCTIVO DECLARACION INGRESOS Y PATRIMONIO, INSTRUCTIVO DECLARACIONES RETEFUENTE E IVA, INSTRUCTIVO INFORMACION CGN, INSTRUCTIVO INFORME BDME, INSTRUCTIVO CAUSACIÓN AJUSTE Y

<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

*CONCILIACION DE INGRESOS. A 31 de diciembre de 2019, no se recibió respuesta por parte de la Oficina de planeación, se está a la espera de su aprobación. 4. Realizar la transferencia documental. 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. 5. Documentar los flujos de los documentos de la organización. En desarrollo 6. Aplicar las normas generalmente aceptadas para la preparación y reporte de la información al área financiera. Teniendo como base el Normograma año 2019 del área contable el cual se adjunta, en el periodo transcurrido de octubre a diciembre 2019, se han preparado:*

*Estados financieros certificados con corte mensual (Octubre, noviembre de 2019), aun no se tienen EEFF con corte a 31 de diciembre, ya que se están efectuando validaciones finales en los rubros contables.*

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

- La Contaduría General de la Nación: Información Contable Pública - Convergencia. (Periodo evaluado Julio - septiembre, presentado en Octubre); Boletín de deudores morosos (Periodo evaluado Junio a Noviembre 30 - presentado el 6 de Diciembre 2019)
- El Ministerio de salud y a secretaria de salud del Tolima - Decreto 780 a Junio de 2019.
- La DIAN - Declaración de Retenciones en la fuente e IVA, Octubre, noviembre y diciembre 2019. Declaración Bimestral de IVA Septiembre - Octubre 2019
- Alcaldía de Ibagué. - Presentación del ICA y Tasa Bomberil del periodo Septiembre - Octubre, presentado en Noviembre de 2019, y periodo Noviembre - Diciembre, presentado en Enero.


*- SUPERSALUD - Formato FT0014 presentado el 30 de septiembre de 2019*

*De lo anterior se anexan (20) Veinte documentos soportes. 7. Depurar las partidas inciertas de cuentas por cobrar a clientes, cuentas por pagar, pasivos estimados, inventarios, propiedad planta y equipos de los estados financieros, conforme a la normatividad vigente sobre el tema. Mensualmente el área contable realiza conciliación entre las áreas de nómina, costos, facturación, 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 Octubre a Diciembre de 2019, el área contable concilió:*

- Área de RECURSOS HUMANOS: En el trimestre de Octubre a Diciembre de 2019, se efectuaron (4 Actas) en las cuales se procedió a realizar y dar cumplimiento a la revisión



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta
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

*y causación de las incapacidades generadas en el mes de Enero a Diciembre de 2019, como cuentas por cobrar a las Entidades Promotoras de Salud EPS, Así mismo se continua con la depuración de las incapacidades correspondientes las vigencias 2017 y 2018.*


*- Área de COSTOS: Mensualmente se conciliación los saldos de las provisiones y liquidaciones de nómina. En el periodo de Octubre a Diciembre de 2019 se elaboraron 3 actas de conciliación.*

*- Área de ALMACEN - INVENTARIOS En el trimestre de Octubre a Diciembre de 2019, se le realizaron (4 ) Actas, donde se realizaron los Ajustes comparando los documentos físicos enviados por Almacén frente a la información rarificada 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 Bomberíl 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 ACTIVOS FIJOS. A Octubre de 2019, Se realizaron (3) Actas, donde Se conciliaron los saldos generados en trimestre de Octubre a Diciembre de 2019 en la cuenta 16 PROPIEDAD, PLANTA y EQUIPO, 1970 INTANGIBLES y 1951 PROPIEDADES DE INVERSIÓN, con el reporte generado en el módulo de activos fijos "DEPRECIACIÓN NIIF", 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, mostrando las diferencias presentadas entre los saldos de los libros contables y el informe generado desde el módulo de activos fijos.*

*- Área de CARTERA - FACTURACIÓN: A Diciembre de 2019, se Realizaron (6) Actas, donde 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. 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 según los parámetros de la Resolución 13245 de noviembre 28 de 2013 y se registra la recuperación de cartea mayor a 540 días. y (11) Requerimientos,*



<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

- *Oficina JURIDICA: Se realizaron (3) actas de conciliación a 31 de diciembre de 2019*

- *Área de COSTOS: los informes y saldos consignando las deferencias en (1) acta*

- *Área de TESORERIA: A Diciembre 31 de 2019, se concilió mediante (3) Actas. Cada mes el área envía Boletín de Tesorería con la relación de los saldos de cajas y cuentas*

- *bancarias y movimientos de estampillas, información que 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. 8. Depurar las partidas inciertas de los pasivos. 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%. 9. Elaborar fichas para la depuración de las partidas inciertas y analizar la información en los comités de sostenibilidad contable. 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. 10. Depuración de la cuenta contable de activos. En el periodo comprendido entre Octubre a Diciembre 31 de 2019, se realizaron las conciliaciones de saldos entre el área Contable y Activos de la cual se adjuntan (3) Actas, Se conciliaron los saldos generados en el mes de Octubre, Noviembre y Diciembre de 2019 en la cuenta 16 PROPIEDAD, PLANTA y EQUIPO, 1970 INTANGIBLES, con el reporte generado en el módulo de activos fijos "DEPRECIACIÓN NIIF", 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 y depreciación mensual. de igual manera se realizaron revisiones*



## 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

*constantes al funcionamiento de activos. 11. Desarrollar plan de trabajo por fases para implementación del Modelo. Se socializó al equipo contable mediante acta del día 14 de junio de 2019, la cual se adjunta como soporte. Se socializó al equipo contable como consta en el acta efectuada el día 28 de noviembre de 2019, de la cual se adjunta como soporte. 12. Realizar autoevaluaciones. El área contable ha realizado las autoevaluaciones correspondientes a la Evaluación de la matriz de riesgo del primer, segundo y tercer trimestre de la vigencia 2019, se ha efectuado seguimiento a las actividades a ejecutar para dar cumplimiento al POA, adicional el área de control interno socializo el documento "Cultura de autocontrol" con el fin de cumplir con los objetivos señalados por el MECI 13. Elaborar el plan de gestión de riesgos. Se llevaron a cabo varias socializaciones para la elaboración de la Gestión del Riesgo, lideradas por la Subgerencia Financiera, en el comité administrativo y financiero en el mes de marzo.*


6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **86%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.) Actualizar los instructivos de acuerdo a software DGH (Con un **70%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 2.) Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación. (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 3) Flujo de documentos elaborado. (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 4). Desarrollar las acciones propuestas por comité. (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **2** 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) en el mes de Diciembre de 2019** 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 6 de 8	

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

**CONTABILIDAD:** La Visita de Auditoria al área fue realizada el **03/12/2019** y fue presentada 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 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.

### OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORÍA.

1. Revisada la certificación Elaborada por la profesional de Tesorería y comparada con los auxiliares de Contabilidad registramos las siguientes diferencias en los saldos de Bancos, por lo que solicitamos las respectivas conciliaciones (también solicitadas al área de Tesorería) de las siguientes cuentas bancarias del banco Popular:

Cuenta	Vr. Certificación	VR. Libros Cont.	Diferencia
220-550-07305-0	\$ 9.231.702.417.41	\$ 9.261.165.453,30	\$35.463.035,89
220-550-26514-4	\$ 740.173.807.83	\$ 714.173.807.83	\$26.000.000.00
220-550-27488-0	\$ 5.209.787.84	\$ 5.210.204.23	\$ 416.39
220-550-27488-0	\$ 2.712.716.52	\$ 2.712.946.85	\$ 230.33
220-550-28547-2	\$ 1.648.281.90	\$ 1.648.421.71	\$ 139.81
220-550-29155-3	\$ 2.900.704.817.66	\$2.906.395.252.46	\$ 5.690.434.80

- 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.
- 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".
- 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.



## 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

para la instalación de los aires nuevos se instalaron redes.

5. Los pasivos estimados, litigios y demandas Administrativas se incrementaron en más de \$2.000 Mlls. pasando de \$7.301 Mlls a \$ 9.350 Mlls.; igualmente se solicita explicación del por qué se están estimando para el año 2.019 un valor de \$814.683.300 como interés moratoria en seguridad social y parafiscales.
6. Dentro del Estado de Resultados con corte a Diciembre, no aparece la cuenta 411027 Estampillas, y para el mes de Octubre teníamos recaudados \$1.242 Mlls, por lo tanto se requiere explicación de donde se reclasifico dicha partida.

### 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 actualización de los procedimientos e instructivos con el nuevo software DGH del área contable que se encuentran en desarrollo para su envío a la oficina de Planeación y Calidad para su aprobación y realizar el seguimiento de los ya enviados.

7.2 Gestionar ante el Archivo Central el espacio necesario para los documentos pertinentes de la dependencia y poder realizar la transferencia de estos.

7.3 Terminar de documentar los flujos de la organización.

7.4 Realizar las actividades faltantes del plan de mejoramiento para su total cumplimiento en la depuración de las partidas inciertas de los pasivos.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.5 Realizar el 30% faltante de la actualización de los instructivos de acuerdo a software DGH.

7.6 Presentar a la Oficina de Planeación el 50% restante de los documentos actualizados para su aprobación.

7.7 Realizar el 100% del Flujo de documentos elaborado.

7.8 Desarrollar el 100% de las acciones propuestas por comité.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.9 Dimensión de Gestión del conocimiento y la innovacion: Actualizar los documentos del SIG para su aprobación por la Oficina de Planeación y Calidad, incluyendo los ya aprobados con el

## 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

anterior sistema de información.

7.10 En observaciones adicionales a la auditoría el equipo auditor solicita:

7.10 Conciliar los saldos de Bancos entre Tesorería y Contabilidad de las cuentas del Banco Popular No. 220-550-07305-0, 220-550-26514-4, 220-550-27488-0, 220-550-28547-2 y 220-550-29155-3.

7.11 Aclarar nombre de la cuenta nueva No. 32080103 del Patrimonio.

7.12 Informar los 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".

7.13 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.

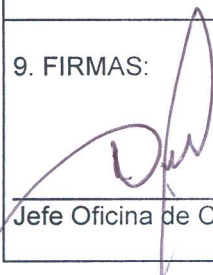
7.14 Explicar las razones del incremento de los pasivos estimados, litigios y demandas Administrativas en más de \$2.000 Mlls. pasando de \$7.301 Mlls a \$ 9.350 Mlls.; igualmente se solicita explicación del por qué se están estimando para el año 2.019 un valor de \$814.683.300 como interés moratoria en seguridad social y parafiscales.

7.15 Dentro del Estado de Resultados con corte a Diciembre, no aparece la cuenta 411027 Estampillas, y para el mes de Octubre teníamos recaudados \$1.242 Mlls, por lo tanto se requiere explicación de donde se reclasifico dicha partida.

Finalmente se concluye que el área de **Contabilidad** presenta cumplimiento del **88.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **10** compromisos con un resultado del **77%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización)** De enero a diciembre de 2019 se reportaron 11 inconsistencias presentadas en el módulo de Tesorería las cuales dos (2) se encuentran pendiente de solucionar. **2. Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos.** Se actualizaron los instructivos GF-IN-015 INGRESO DE RECAUDO, GF-IN- 019 INGRESO DE RECAUDO, CUSTODIA Y CONSIGNACION DE EFECTIVO, GF-IN-011 LEGALIZACION DEL RECAUDO, GF-IN-022 SALDO DE CAJA Y BANCOS, GF-IN-048 ARQUEO DE CAJA, GF-IN-014 INFORME DE RECAUDO y GF-017 PAGOS. **3. Documentar los cambios.** Se remitió a la oficina de Planeación y Calidad instructivo actualizado: -En junio 21 de 2019 GF-IN-015 INGRESO DE RECAUDO y GF-IN- 019 INGRESO DE RECAUDO, CUSTODIA Y CONSIGNACION DE EFECTIVO, -En julio 17 de 2019 GF-IN-048 ARQUEO DE CAJA, GF-IN -011 LEGALIZACION DEL RECAUDO.- En julio 22 de 2019 GF-IN-022 SALDO DE CAJA Y BANCOS. -En agosto 23 de 2019 GF-IN-017.-En noviembre 5 de 2019 GF-IN-014 INFORME DE RECAUDO.El instructivo GF-IN-015, GF-048 y 011 fueron aprobados por la oficina de planeación, se corrigieron conforme a observaciones presentadas por la Subgerente Administrativa y Financiera y PU Tesorería-Pagaduría se remitieron nuevamente a la Oficina de Planeación y Calidad para la aprobación. **4. Actualizar y aprobar de tablas de retención.** Las tablas de retención fueron ajustadas y aprobadas en definitiva en Enero de 2019 **5. Realizar la transferencia documental.** El área ha organizado y clasificado los documentos de acuerdo a las tablas de retención aprobadas y las normas archivística, 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.** En desarrollo **7. Depurar las partidas inciertas de cuentas por cobrar a clientes, cuentas por pagar, pasivos estimados, inventarios, propiedad planta y equipos de los estados financieros, conforme a la normatividad vigente sobre el tema.** Mensualmente se concilió las 14 cuentas bancarias a nombre del Hospital. **8. Elaborar fichas para la depuración de las partidas inciertas y analizar la información en los comités de sostenibilidad contable.** De enero a diciembre de 2019 se realizó trece (13) sesiones de Comité de Sostenibilidad Contable, en las cuales se han aprobaron ciento diecinueve (119) fichas. Las actas firmadas y las fichas reposan en el área de Contabilidad. Mediante oficio 1203-TP-0221 y 1203-TP radicación interna No. 04938, 300154, 301159 y 301723 de Abril 25 , Junio 28 , septiembre 27 y noviembre 21 de 2019

<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 5	

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

se remitió al Profesional Universitario Contador informe de las partidas depuradas por la Tesorería. **9. Desarrollar plan de trabajo por fases para implementación del Modelo.** Se cumplieron con las actividades programadas para la Tesorería, se socializó los documentos PC-PR-007 y PC-IN-001 Procedimiento e instructivo elaboración y control documentos MIPG respectivamente, Los funcionarios de la Tesorería-Pagaduría participaron y aprobaron el Módulo de Fundamentos Generales del Curso Virtual del MIPG, se recibió por parte de la oficina de Gestión del Talento Humano capacitación Código de Integridad. **10. Realizar autoevaluaciones.** Durante el I, II, III y IV trimestre la Tesorería-Pagaduría realizó la evaluación de la Matriz del riesgo. Efectuó seguimiento a cada una de las actividades del POA y se fomentó cultura Fomento Cultura Control-MIPG

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **86%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 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 **91%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 2.) **Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 3) **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/2019).
- 4). **Elaborar flujo de documentos del área** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 5). **Analizar en el Comité de Sostenibilidad Contable las fichas técnicas para depuración de las partidas inciertas** (Con un **70 %** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

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 **GESTION FINANCIERA ( TESORERIA Y PAGADURIA ) en el mes de Diciembre de 2019** 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.

*CAK*

## 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

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-015-2020** con fecha del **17/02/2020**

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, con oportunidad, desde la vigencia 2017 se dejó esta observación, actualmente se cuentan documentos pendientes por aprobar y además se observa que algunos documentos aprobados son con el anterior sistema de información SAFIX.*

*El proceso manifiesta que se enviaron los documentos al área de planeación y calidad y se está a la espera de la aprobación.*


### 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 Solucionar las dos inconsistencias pendientes presentadas en el módulo de Tesorería en la implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización).

7.2 Realizar seguimiento a instructivos presentados conforme a observaciones presentadas por la Subgerente Administrativa y Financiera y PU Tesorería-Pagaduría a la Oficina de Planeación y Calidad para la aprobación.

7.3 Realizar seguimiento y estar atento a la asignación de espacios en el archivo central para realizar la transferencia de los documentos pertinentes.

<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

7.4 Continuar documentando los flujos de los documentos de la organización.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.5 Realizar las acciones correspondientes al 9% del monitoreo y solicitud de los ajustes necesarios del módulo a cargo.

7.6 Presentar a la Oficina de Planeación el 100% de documentos actualizados para su aprobación.

7.7 Clasificar el 20% faltante de documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central.

7.8 Elaborar el 100% del flujo de los documentos del área.

7.9 Analizar en el Comité de Sostenibilidad Contable el 30% restante de las fichas técnicas para depuración de las partidas inciertas.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.10 Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación: Actualizar los documentos del SIG aprobados con el anterior sistema de información SAFIX para que con los actualizados con el nuevo sistema realizar su presentación ante la Oficina de Planeación y calidad.

Realizar el seguimiento de los documentos presentados ante la oficina de Planeación y Calidad pendientes de aprobar.

Finalmente se concluye que el área de **Tesorería y Pagaduría** presenta cumplimiento del **88.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 **2019** asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **19** compromisos con un resultado del **69%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:

- 1.** Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización). **Actividad (1):** *Parametrizar cada una de las funcionalidades disponibles por el Módulo de Costos Hospitalarios. Durante el 2019, parametrizaron las funcionalidades disponibles en el Módulo de costos hospitalarios, sin embargo quedo pendiente parametrizar es Activos Fijos, esto depende de la información que debe suministrar el responsable de activos fijos la cual no fue recibida durante la vigencia.*
- 2.** Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización). **Actividad (2):** *Solicitar ajuste de la parametrización de los Módulo que hacen interfaz en Módulo Costos Hospitalarios. Durante el 2019, se llevó acabo reunión con el coordinadores de los modulo que requerían ajustes en su parametrización para que el módulo de costos recibiera la información correspondiente, se continua en revisión porque con algunos se presentan inconvenientes.*
- 3.** Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización). **Actividad (3):** *Usar cada una de las herramientas que ofrece el Módulo Costos Hospitalarios para distribuir los costos. Se hicieron varios intentos para distribuir los costos por las opciones que ofrece el módulo, pero hasta que cuando se parametrizo de la opción activos fijos, y se subsane las inconsistencias que existe con los suministros, se logrará hacer la distribución.*
- 4.** Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización). **Actividad (4):** *Reportar y hacer seguimientos a las inconsistencias generadas de la información recibida mediante interfaz. Durante el 2019, trimestre, se presentaron los inconvenientes que se tiene aún con el software (incapacidades, ordenes despacho, suministro a pacientes, provisiones de los retirados.)*
- 5.** Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización). **Actividad (5):** *Generar comprobante contable de costos. Durante la vigencia se realizaron varios intentos para realizar el cierre, pero se identificación diferentes inconsistencias.*
- 6.** Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos. **Actividad (1):** *Documentar los instructivos de acuerdo a software DGH. Se está elaborando el instructivo para la realizar la distribución de mano de obra (nomina), gastos generales, activos fijos. Se avanzó en la elaboración del instructivo de la mano de obra.*
- 7.** Documentar los cambios **Actividad (2):** *Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación. En desarrollo.*
- 8.** Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos. **Actividad (3):** *Clasificar los documentos de acuerdo a las tablas de retención y transferir al archivo central. Los*

## 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

*documentos se tienen clasificados de acuerdo a lo orientado por el área de gestión documental, se está a la espera de tener el espacio para realizar el traslado.*

**9.** Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos. **Actividad (4):** Elaborar flujo de documentos del área. *En desarrollo.* **10.** Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por centro de costos. **Actividad (1)** Socializar, establecer y formalizar estructura de costos. *Se estableció la estructura de costos que se va a parametrizar el Módulo de Costos Hospitalarios, la cual fue socializada con los coordinadores de las Unidades Funcionales. Durante el II trimestre se socializo con los responsables de los módulo de facturación, Contratos IPS, almacén y activos fijos, la estructura de costos. Durante el III trimestre se socializo la estructura de costos con todos los coordinadores de las unidades funcionales. Esta actividad se finalizó el trimestre anterior.* **11.** Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por centro de costos. **Actividad (2)** Parametrizar cada uno de los centros de producción - centros de costos establecidos. *Se parametrizo cada uno de los centros de costos que se diseñaron para medir los costos del Hospital.* **12.** Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por centro de costos. **Actividad (3)** Actualizar bases de distribución de acuerdo a las necesidades, *Las bases de distribución periódicamente se están actualizado de acuerdo a los cambios que se vayan dado en el proceso productivo.* **13.** Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por centro de costos. **Actividad (4)** Conciliar información generada desde el módulo de costo con lo procesado por el módulo contable *Se realizaron las conciliaciones entre los módulos.* **14.** Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por centro de costos. **Actividad (5)** Elaborar y presentar informe mensual de rentabilidad y variaciones por centro de costo y unidad funcional asistenciales. *Durante la vigencia se elaboraron los informes y se realizó él envió de informe de costos a coordinadores.* **15.** Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por centro de costos. **Actividad (6)** Analizar periódicamente los informes de costos con los responsables de la información *Durante la vigencia se llevó acabo el análisis con algunos de los coordinadores.* **16.** Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por centro de costos. **Actividad (7)** Analizar mensualmente con los coordinares los centros de costos que arrojen pérdida. *Durante la vigencia se llevó acabo con algunos de los coordinadores, de los centros de costos que arrojaron pérdida se analizó la información.* **17.** Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por centro de costos. **Actividad (8)** Elaborar y presentar informe mensual de gastos administrativos a responsables de centros de costos de tipo estructura, servicio y apoyo. *Durante la vigencia envió la información.* **18.** Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por centro de costos. **Actividad (9)** Presentación y socialización informe comité administrativo y Financiero *Se realizó reunión con el responsable de la información para la revisión de las variaciones.* **19.** Realizar autoevaluaciones. *Se realizó las autoevaluaciones requeridas, con los respectivos soportes.*



<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 6	

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

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **71%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:


**1.)** Usar cada una de las herramientas que ofrece el Módulo Costos Hospitalarios para distribuir los costos. (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **2.)** Generar comprobante contable de costos (Con un **30%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **3.)** Documentar los instructivos de acuerdo a software DGH (Con un **30%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **4.)** Presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **5.)** Elaborar flujo de documentos del área (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **6.)** Analizar periódicamente los informes de costos con los responsables de la información (Con un **83%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **7.)** Analizar mensualmente con los coordinares los centros de costos que arrojen pérdida. (Con un **83%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **8.)** Elaborar y presentar informe mensual de gastos administrativos a responsables de centros de costos de tipo estructura, servicio y apoyo. (Con un **91%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019). **9.)** Presentación y socialización informe comité administrativo y Financiero. (Con un **33%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**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 **GESTION FINANCIERA ( COSTOS)** en el mes de **Febrero de 2019** 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-036-2019 con fecha del 20/03/2019**

<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 6	

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

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

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

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimension 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.*

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

***Hallazgo:** El proceso presenta diferencias con el área de contabilidad pese a sus conciliaciones.*

#### **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 En Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización):

Insistir en la solicitud de la información no reportada por el responsable de Activos Fijos, y completar la parametrización de las funcionalidades disponibles en el Modulo de Costos Hospitalarios.

Continuar la revisión con los coordinadores de los módulos que hacen interfaz en el Módulo Costos Hospitalarios que requieren ajustes en su parametrización y así el módulo de costos reciba la información requerida.

Realizar las gestiones pertinentes para parametrizar la opción Activos Fijos y subsanar las inconsistencias que existen con los suministros para poder realizar la distribución de los costos.

Subsanar las inconsistencias que se presentan e impide realizar el cierre y generar el

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Ortega - Bolívar</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

comprobante contable.

7.2 En Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos:

Terminar instructivo de acuerdo a software DGH para realizar la distribución de mano de obra (nomina), gastos generales, activos fijos.

En Documentar los cambios: se debe terminar de presentar a la Oficina de Planeación los documentos actualizados para su aprobación.

Gestionar el espacio necesario en el archivo central para transferir los documentos clasificados de acuerdo a lo orientado por el área de gestión documental.

Terminar con la elaboración del flujo de documentos del área.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3 Usar el 100% de cada una de las herramientas que ofrece el Módulo Costos Hospitalarios para distribuir los costos. .

7.4 Realizar el 70% de actividades faltantes para generar comprobante contable de costos.

7.5 Realizar el 70% de actividades faltantes para documentar los instructivos de acuerdo a software DGH.


7.6. Presentar a la Oficina de Planeación el 100% de los documentos actualizados para su aprobación

7.7 Elaborar el 100% del flujo de documentos del área.

7.8 Completar el 17% faltante en el análisis periódico de los informes de costos con los responsables de la información.

7.9 Completar el 17% faltante en el análisis mensual con los coordinares los centros de costos que arrojen pérdida.

7.8. Realizar el 9% faltante en la elaboración y presentación del informe mensual de gastos administrativos a responsables de centros de costos de tipo estructura, servicio y apoyo.

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Calle 100 No. 100-10</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

7.9. Realizar el 67% faltante de la presentación y socialización del informe comité administrativo y Financiero.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:


7.10 Dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación: Actualizar los documentos del SIG, por cuanto los documentos aprobados son con el anterior sistema de información SAFIX.

7.11 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Revisar las conciliaciones con el área de contabilidad, por cuanto el proceso presenta diferencias con esta área.


Finalmente se concluye que el área de **Costos** presenta cumplimiento del **80.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2019.

8. FECHA: Febrero de 2020

9. FIRMAS:

  
 Jefe Oficina de Control Interno

  
 Responsable del servicio

<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 1 de 7	

***EVALUACION DEPENDENCIAS PROCESO FACTURACIÓN ADMISIONES Y AUDITORIA DE CUENTAS***

**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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** compromisos con un resultado del **79%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización). Mantenimiento del software.** 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. Documentar los cambios.** Se realizaron los instructivos: **1. Instructivo para generar informe de facturación para conciliar con contabilidad y 2. Actualización del instructivo para cambiar el número del documento de identificación y/o Nombres de los usuarios, los cuales se encuentran publicados en la intranet. Quedó pendiente la socialización. 3. Realizar la transferencia documental. Esta actividad quedó pendiente. 4. Implementar las estrategias para lograr el cumplimiento de las metas de ventas y de recuperación de cartera propuestas en el PGIR.** 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. Acelerar el proceso de respuesta y conciliación de glosas y pago de los derechos.** Se presentaron informes de notas crédito e histórico de glosas **7. Mejorar la calidad de la facturación con estrategias como la 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. **8. Socializar los motivos de glosa a cada una de las áreas que las generan.** Durante el año, se realizaron reuniones de comité de glosas y reuniones con diferentes áreas del hospital notificando las principales causales de glosas. **9. Capacitar el recurso humano con funciones en el diligenciamiento y elaboración de los RIPS que permita brindar reportes de la mejor calidad.** Se realizó reunión en la cual se manifestó los principales inconvenientes con los RIPS. **10. Evaluar mensualmente, en un comité interdisciplinario, las causas de glosas para tomar las acciones**

## 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 7

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

**necesarias de mejora en las diferentes áreas involucradas.** Durante el año, se realizaron reuniones de comité de glosas y reuniones con diferentes áreas del hospital notificando las principales causales de glosas. **11. 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 **12. Generar y validar los RIPS.** Se realizó cálculo mensual del indicador y se presentó el mismo en las diferentes evaluaciones del POA. **13. 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 **14. Identificar las necesidades del personal por áreas.** El plan de capacitaciones fue enviado al área de talento humano **15. Planes de mejora conforme al ajuste del sistema del MIPG.** No se presentaron hallazgos **16. Elaborar la matriz de riegos.** Matriz elaborada y enviada en el primer trimestre del 2019 **17. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles.** De manera trimestral se presentaron las evaluaciones a la matriz de riesgos.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **84%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

1.) Socialización de los procedimiento e instructivos (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

2.) **Organizar, clasificar y depurar la documentación archivada en el área** (Inventario de las facturas para depuración). (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).


3) **Organizar, clasificar y depurar la documentación archivada en el área** (Documentos soporte para la depuración). (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

4. **Informar los hallazgos de diligenciamiento de glosas por información contenida en los RIPS a los auxiliares administrativos de facturación y área asistencial y de apoyo a la gestión.** (Con un **17%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**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 **en el mes de Junio de 2019**

Teniendo en cuenta que Dentro de la metodología a utilizar en la ejecución de la auditoría

<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 7	

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

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:

**FACTURACIÓN ADMISIONES Y AUDITORIA DE CUENTAS** : Auditoria presentada mediante OCI-082-2019 con fecha del 24/09/2019

#### **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 Proceso.

##### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Evaluación con Valores para el Resultado**

De acuerdo con el informe presentado mediante OCI-080 de 2019 se tienen los siguientes Hallazgos:

## 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 7

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

1. Implementar más capacitaciones al personal ya que se están presentando en algunos funcionarios errores a la hora de facturar en los diferentes meses.
2. Implementar una forma en la cual no se anulen facturas por error de digitación y falta de Soportes.

### **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 **94.0%**

### **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, del Proceso de de Facturación y Auditoría de Cuentas 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

## **OBSERVACIONES ADICIONALES A LA AUDITORIA**

Con respecto del informe generado a la Gerencia mediante **OCI-080-2019** Se recomienda lo siguiente:

- ✓ Revisión por parte del área de Facturación de estas inconsistencias presentadas en los últimos meses e implementar estrategias y plan de mejoramiento que permitan disminuir la anulación o devolución de facturas, toda vez que no solo son objeto de glosas y no pago de las EPS, sino que también pueden presentar un detrimento patrimonial para la entidad; sin embargo es importante aclarar que



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1958 - 2018</small>
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

muchas de estas anulaciones son corregidas el mes siguiente.

- ✓ Implementar un adecuado Sistema Integrado de Gestión de acuerdo a los lineamientos del MIPG para lograr con satisfacción el logro de los objetivos.
- ✓ Realizar actividades de capacitación a los trabajadores que más presentaron errores a la hora de facturar en los diferentes meses.
- ✓ Realizar conciliación de devoluciones inmediata con las diferentes entidades.
- ✓ Realizar reporte de devoluciones injustificadas a la EPS.
- ✓ Capacitación al grupo de facturación con pacientes SOAT, son de las personas con las que más se presentan errores a la hora de facturar.

#### **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 Socializar la actualización del instructivo para generar informe de facturación para conciliar con contabilidad y el instructivo para cambiar el número del documento de identificación y/o Nombres de los usuarios.

7.2 Realizar la transferencia documental.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3 Realizar el 100% faltante de la socialización de los procedimiento e instructivos.

7.4 Ejecutar el 100% de las acciones sin realizar para organizar, clasificar y depurar la documentación archivada en el área.

7.5 Ejecutar el 100% de las acciones sin realizar para organizar, clasificar y depurar la documentación archivada en el área.

7.6 Informar el 83% de los hallazgos restantes de diligenciamiento de glosas por información contenida en los RIPS a los auxiliares administrativos de facturación y área asistencial y de apoyo a la gestión.

## 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

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoría se debe:

7.7 Dimensión del Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

7.8 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: Terminar la actualización de los Procedimientos y presentarlos a la oficina de Planeación y Calidad para su aprobación y poder realizar el seguimiento al Proceso.

7.9 Dimensión de Evaluación con Valores para el Resultado: Implementar más capacitaciones al personal ya que se están presentando en algunos funcionarios errores a la hora de facturar en los diferentes meses.


Implementar una forma en la cual no se anulen facturas por error de digitación y falta de Soportes.

7.10 Dimensión de Información y Comunicación: Se recomienda hacer uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en la 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 Proceso de de Facturación y Auditoría de Cuentas ya que no se encuentran publicadas.

7.11 En las observaciones adicionales a la Auditoría con respecto del informe generado a la Gerencia mediante **OCI-080-2019** el equipo auditor recomienda lo siguiente:

- ✓ Revisión por parte del área de Facturación de estas inconsistencias presentadas en los últimos meses e implementar estrategias y plan de mejoramiento que permitan disminuir la anulación o devolución de facturas, toda vez que no solo son objeto de glosas y no pago de las EPS, sino que también pueden presentar un detrimento patrimonial para la entidad; sin embargo es importante aclarar que muchas de estas anulaciones son corregidas el mes siguiente.
- ✓ Implementar un adecuado Sistema Integrado de Gestión de acuerdo a los lineamientos del MIPG para lograr con satisfacción el logro de los objetivos.
- ✓ Realizar actividades de capacitación a los trabajadores que más presentaron errores a la hora de facturar en los diferentes meses.

<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 7 de 7	

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


- ✓ Realizar conciliación de devoluciones inmediata con las diferentes entidades.
- ✓ Realizar reporte de devoluciones injustificadas a la EPS.
- ✓ Capacitación al grupo de facturación con pacientes SOAT, son de las personas con las que más se presentan errores a la hora de facturar.

Finalmente se concluye que el proceso de facturación Admisiones y Auditoría de Cuentas presenta cumplimiento del **88.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **16** compromisos con un resultado del **99%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Ajustar los procedimientos al sistema de información.** Se tiene el 100% de los documentos elaborados, se encuentran pendiente aprobación de OAPC el Instructivo de Elaboración de la nómina. **2. Formular el plan de capacitación de acuerdo a las necesidades Institucionales, implementarlo y evaluarlo.** *El Plan Institucional de Capacitación PIC 2019 se elaboró y fue adoptado mediante la Resolución No. 03766 del 28 de diciembre de 2018 y desde el mes de Enero de 2019 se encuentra publicado en la página web del Hospital.* **3. Elaborar e implementar un programa para impactar la cultura organizacional fomentando el desarrollo personal.** *Se cuenta con el programa de cambio de cultura, el proyecto de implementación código de integridad y el proyecto de humanización.* **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, 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 2019. Con la Resolución 1212 del 7 de mayo de 2019 se ajustó el manual específico de funciones y competencias laborales adoptado con la Resolución 3803 del 14 de septiembre de 2016 en lo relacionado con las competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos la planta temporal para el hospital.* **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. Se realizó la Estimación de los costos de las necesidades y aseguramiento de su financiación.** *Proyección de presupuesto para el año 2019, 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 2019* **11. Contar con el Plan de Estratégico de Talento Humano.** *Se formuló el Plan estratégico del Talento Humano.* **12. Definir el programa de bienestar e incentivos para la vigencia.** **13. Contar con presupuesto aprobado de la vigencia para ejecución.** *Para el año 2019 se contó con un presupuesto aprobado de \$80.000.000.* **14. Ejecutar el programa 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 2 de 5

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

**bienestar e incentivos.** Se ejecutaron las actividades programadas dentro del programa de bienestar e incentivos en diferentes escenarios como viajes, actividades en el gimnasio y celebraciones de días especiales. **15. Cumplir con los requisitos del Sistema Único de Habilitación.** Se realizaron las respectivas verificaciones de las hojas de vida y se requirieron los documentos y/o cursos pendientes a los funcionarios. **16. Implementar el sistema de gestión del riesgo.** Se realizó la matriz de riesgo para el año 2019 y se evaluó para los 4 trimestres, siendo remitida al área de control interno y planeación.

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **97%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1).** Identificación, revisión e inicio de ajuste de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos (Con un **95%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**2).** Desarrollar el programa para impactar la cultura organizacional y fomentar el desarrollo personal (Con un **87%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).


**3).** Actualizar el documento de necesidad de personal en los servicios (Con un **70%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**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 de Talento Humano en el mes de Diciembre de 2019** 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:

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>MUNICIPAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>Municipio de 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

***GESTION TALENTO HUMANO:*** Visita de Auditoria **04/12/2019** informe de Auditoria presentado mediante OCI-008-2020 con fecha del 05/02/2020

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

**De acuerdo a la verificación y análisis 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 análisis de la dimension de Direccionamietno Estratégico y Planeacion**

No se encontraron Hallazgos

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

No se encontraron Hallazgos

**De acuerdo a la verificación y análisis 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 el momento que Requieran.

**De acuerdo a la verificación y análisis de la dimension 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.

## 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. 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 seguimiento a la aprobación por parte de OAPC del instructivo de Elaboración de nómina.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.1 Realizar las actividades faltantes correspondientes al 5% para la Identificación, revisión e inicio de ajuste de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos

7.2 Realizar el 3% faltante de las actividades para desarrollar en su totalidad el programa para impactar la cultura organizacional y fomentar el desarrollo personal.

7.3 Realizar el 30 % faltante para actualizar el documento de necesidades de personal en los servicios.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

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

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

7.6 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 **99.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2019.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **35** 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-tabela de retención documental.* **2. Elaborar el plan de capacitación.** *Se elaboró programa de capacitación Seguridad y Salud en el Trabajo.* **3. Revisar los elementos que componen el MECI conforme al MIPG y verificar que se estén implementando en el área.** *Se socializo a los funcionarios del área los elementos que componen el MECI conforme al MIPG y verificar que se estén implementando en el área.* **4. Realizar seguimiento al despliegue y socialización de los documentos que conforman el sistema.** *Se socializo al personal del área la información relacionada con el Código de Integridad del servicio público colombiano, código de ética y los valores del servidor público.* **5. Realizar seguimiento al despliegue y socialización de los documentos que conforman el SG-SST.** *Se evidencia listado de maestro de documentos y registros SST. Se socializaron los documentos en el área de seguridad y salud en el trabajo.* **6. Validando la documentación conforme a la norma vigente en SST.** *Se validó la documentación SG-SST conforme a la normatividad vigente.* **7. Aplicando los estándares mínimos en seguridad y salud en el trabajo.** *Se realizó la autoevaluación de estándares mínimos SST.* **8. Analizando las necesidades de la institución, se construye el plan de seguridad y salud en el trabajo.** *Se elaboró Plan de Trabajo SST 2019.* **9. Revisando, actualizando el Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad.** *Documentos actualizados del SG-SST.* **10. Revisando, actualizando la política y objetivos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad.** *Se revisó la Política y objetivos del SG-SST.* **11. Socializando la política de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad.** *Se socializó la Política de SST a los funcionarios del Hospital.* **12. Comunicar al COPASST la Política de SST.** *Se socializó la Política y los objetivos de SST al COPASST.* **13. Publicar en la Página Web y descansa pantallas la política de SST.** *Se publicó la política SST en el salvapantallas, se envió correo electrónico de solicitud a comunicaciones planeación.* **14. Fijar en lugar visible (en carteleras de los servicios) la política de SST.** *Se publicó la política SST en las carteleras del Hospital.* **15. Revisando y actualizando la matriz de identificación de Peligros, Valoración y Evaluación de Riesgos, aplicando la metodología según Norma GTC 45 ICONTEC – 2012. Matriz revisada y actualizada.** **16. Elaborar el programa de orden y aseo.** *Se elaboró el programa de orden y aseo. Se envió para revisión a Calidad.*

## 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

**17. Elaborar el programa de prevención de caídas. Se elaboró el programa de prevención de caídas a nivel. Se envió para revisión a Calidad.** **18. Definiendo indicadores del SG-SST en cuanto a estructura, proceso y resultado.** Lo indicadores de SST están definidos. **19. Capacitar en SST a los Servidores vinculados a la entidad con asesoría de la ARL.** Se realizó capacitación SST en diferentes temas: Emergencia señalización, clase de fuegos extintores, Capacitación estilo de vida y trabajo saludable, Capacitación protocolo reporte de incidentes y accidentes laborales, capacitación riesgo Biológico, Riesgo Mecánico, Riesgo psicosocial, Manual del paciente e higiene postura, Capacitación simulacro Nacional, capacitación uso adecuado elementos protección personal, Valoraciones Osteomusculares. **20. Capacitar y evaluar al COPASST con asesoría de la ARL.** Se capacito y evaluó al COPASST. **21. Realizar inducción en SST a los servidores nuevos que se les realice examen de ingreso a la entidad.** Se realizó inducción SST a los funcionarios nuevos y antiguos. **22. Capacitación y Entrenamiento de Brigadas de emergencia con asesoría de la ARL.** Se realizó capacitación brigadas de emergencias durante el año. **23. Reunión y capacitación al Comité Hospitalario de Emergencias con asesoría de la ARL.** Se realizó reunión mensual al Comité Hospitalario de Emergencias CHE. **24. Revisión y actualización del plan de emergencias. Plan de emergencia actualizado y anexo, el cual fue aprobado por el CHE.** Pendiente revisión por calidad. **25. Realización visitas de inspección en las áreas del hospital.** Se realizaron las visitas de inspección planeadas para identificar riesgos que puedan ocasionar accidentes de trabajo. **26. Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo.** Se realizó investigación de 128 accidentes laborales reportados **27. Controlar estado elementos y materiales de los Botiquines de Primeros Auxilios.** Se revisaron los diferentes botiquines y se realizó reposición de los elementos faltantes y/o próximos a vencerse. **28. Desarrollo de actividades en programa de vigilancia riesgo biológico.** Se realizaron 177 anticuerpos hepatitis B, 95 vacunación hepatitis B, 600 vacunación influenza, 29 valoración nutricional, 48 laboratorios programa riesgo cardiovascular, 30 laboratorios programa radiación ionizante, 10 laboratorios programa riesgo químico. **29. Desarrollo de actividades condiciones de salud.** Se realizaron 89 visiometrías, 46 espirometrías, 64 audiometrías. **30. Verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad y la adecuada disposición de cortopunzantes en las áreas asistenciales.** Se aplicaron listas de chequeo y bioseguridad en riesgo biológico en las áreas asistenciales. **31. Verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en las áreas asistenciales.** Se aplicaron listas de chequeo y bioseguridad en riesgo biológico en las áreas asistenciales. **32. Realización de exámenes de ingreso, egreso y periódicos.** Se realizaron exámenes ocupacionales a los funcionarios así: 427 exámenes de ingreso, 641 periódicos y 123 de retiro. **33. Reporte de accidentes de trabajo dentro del plazo de 48 horas hábiles después de ocurrido.** Se realizó informe accidentalidad trimestral. **34. Identificando y construyendo el mapa de riesgos. Mapa de riesgos construido.** **35. Evaluando la Matriz de riesgos de SST.** Matriz evaluada.

<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 5	

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

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **100%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que hay cumplimiento de las acciones con un 100%.

**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 **Seguridad y Salud en el Trabajo en el mes de Septiembre de 2019** 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-115-2019** con fecha del **27/12/2019**

**SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.**

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

En la diligencia de auditoria se evidencia por parte de la Profesional Universitario del área que entrego entre las evidencias de la visita el cuadro relacionando al talento humano del área y en el cual se observa que relaciona los funcionarios y en especial al funcionario Freddy Alexander Moreno como de contrato de prestación de servicios, sin embargo el mismo pertenece también a la planta temporal vinculado con el Hospital mediante resolución 0508 del 30 de Abril de 2012 y con acta de posesión N° 170 a partir del 1ro de Mayo de 2012 , con un Horario de Tiempo completo de acuerdo a la vinculación.; por lo anterior se solicita nos dé respuesta y claridad del cumplimiento de la norma (Constitución Política Art. 129; Ley 269/96; concepto de la Función pública de Oct.23/19; [Ley 1042/78 Art. 33](#)).

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL</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 4 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 Direccionamiento 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:**

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.1 Dimensión de Talento Humano: Dar respuesta sobre claridad del cumplimiento de la norma (Constitución Política Art. 129; Ley 269/96; concepto de la Función pública de Oct.23/19; Ley 1042/78 Art. 33) en caso del Sr. Freddy Alexander Moreno, a quien la dependencia lo relaciona con vinculación mediante contrato de prestación de servicios y como funcionario de la planta temporal.

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 **2019**.


8. FECHA: Febrero de 2020

9. FIRMAS:



---

 Jefe Oficina de Control Interno


---

 Responsable del servicio

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta <small>Ciudad de Bogotá</small>
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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **20** compromisos con un resultado del **95%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Realizar seguimiento al avance del afinamiento y estabilización de las aplicaciones en producción del Software DGH.** *Informe de Estabilización del Software de Gerente del Proyecto de Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre* **2. Seguimiento tablero de control.** *Se anexa Archivo Mantenimiento del software - Semaforo, Seguimiento\_DGH\_Noviembre 30* **3. Validación de los puntos de red instalados.** *Documentos soporte de los puntos de red validados total 24 de 24* **4. Realizar el análisis para la ampliación de la capacidad de almacenamiento para la Storage o Compellent SC4020 Dell y el correspondiente análisis de conveniencia y oportunidad.** *Documento Análisis de Conveniencia Compellent y Diagnóstico Compellent 2019* **5. Determinar el estado actual de la infraestructura tecnológica para desarrollar el plan de transición del protocolo IPv4 a IPv6, para dar cumplimiento a la normatividad vigente.** *Plan para la transición de ipv4 a ipv6\_v1 a Junio 30 - Estado de la infraestructura, Inventario centrales de cableado, Inventario de Racks, Inventario de Hardware, Inventario servidores físicos Datacenter Inventario switches, router, firewall* **6. Realizar afinamiento de los servidores e infraestructura alrededor para su correcto funcionamiento.** *Instalación de Terminales y Servidores e Informe de Afinamiento de Servidores 2019 Dic 31* **7. Actualizar los instructivos y procedimientos del área, relacionados con el funcionamiento de DGH y los accesos al software anterior.** *Se entregan la lista de documentos aprobados por planeación y socializados* **8. Realizar la documentación de la infraestructura física relacionada con los servidores.** *Se tiene la documentación con los siguientes archivos: Inventario centrales de cableado, Inventario de Racks, Inventario de Hardware, Inventario servidores físicos Datacenter Inventario switches, router, firewall* **9. Participar en la socialización de las tablas relacionadas con TI.** *Acta de asistencia sobre gestión documental, -Actualizar y aprobar tablas de retención - Acta de Asistencia Capacitación.* **10. Clasificar depura y organizar la documentación del área, relacionándola en medio magnético y físico.** *Cuando sea requerido se entregará al área de gestión documental los documentos a transferir.* **11. Construir diagrama de flujo de los documentos propios del área.** *Diagrama de Flujo de Cada los documentos del área* **12. Realizar el diagnóstico de la infraestructura actual para la elaboración del PETI.** *Se tiene actualizada con los siguientes: Inventario Centrales de Cableado, Inventario de Racks, Inventario Hardware, Inventario Servidores Físicos Datacenter, Inventario switches, router, firewall* **13. Realizar el diagnóstico para la elaboración del PTRSPI.** *Documento Diagnóstico de Seguridad y Privacidad de la información, Diagnóstico*

## 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

*Seguridad y Privacidad de la Inf.* **14. Realizar el diagnóstico para la elaboración del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información – SPI. Documento Diagnóstico de Seguridad y Privacidad de la información.** **15. Preparar documento del análisis de las dimensiones inherentes a TI. Documento Diagnóstico de Furag que contiene Hoja de Autodiagnóstico y Hoja de Plan de trabajo, Diagnóstico por Dimensiones-Reporte Formulario Unico** **16. Ejecutar las actividades del plan de trabajo en coordinación con el Grupo de Gobierno Digital.** Documento de Diagnostico Seguridad y Privacidad de la Información, Documento Registro de Seguimiento Transparencia. **17. Realizar verificación y autoevaluación periódica para garantizar el cumplimiento de los requisitos en TI. Se revisan los estándares de Habilitación y sus requerimientos por servicios. Se revisa el cumplimiento de acuerdo a la resolución 2003 del 2014. Se anexan los siguientes documentos (1-SOGC-Oficio 2abril2019 Historias clínicas en DGH, 1-SOGC-Historia clinica de Recien Nacido y trabajo de parto, 1-SOGC-Informe de Actividades Septiembre y Octubre de 2019, 1-SOGC - Historia Clínica y Registros)** **18. Desarrollar actividades del plan de mejora MIPG. De 19 actividades definidas, tan solo se han realizado 13 actividades de las cuales se envía evidencia. Se anexa el archivo Evidencias MIPG Consolidado** **19. Evaluar la Matriz de riesgos de TI. Se envía la Matriz de Riesgo evaluada** **20. Identificar y construir el Mapa de riesgos. Mapa de riesgos construido y publicado.**

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **98%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:


1) Realizando 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/2019).

2). Seguimiento tablero de control (Con un **93%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

3) Participando en la socialización de las tablas relacionadas con TI (Con un **33%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

4) Desarrollar actividades del plan de mejora (Con un **79%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

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>					
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

**6.4** Se realizó la visita de auditoria al Proceso de **TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN** en el mes de **Septiembre de 2019** 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.

**TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN** : Auditoria presentada mediante **OCI-105-2019** con fecha del **27/11/2019**

#### **SUGERENCIAS Y/O 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.

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

**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.

##### **De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Evaluación con Valores para el Resultado**

## 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

### **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 **84.0%**.

### **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.

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

**Se evidencia Hallazgo:** En el Plan de Mejoramiento con la Contraloría No se realizó avance alguno con respecto del corte mes de **Junio de 2019**, se recomienda que para el próximo corte del mes de Diciembre de 2019 se realice el avance pertinente se deja como hallazgo por el NO cumplimiento del avance.

## **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 6 actividades pendientes para terminar las actividades del Plan de Mejora MIPG.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Realizar el 8% faltante del seguimiento al avance del afinamiento y estabilización de las aplicaciones en producción del Software DGH.



<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 5 de 6	

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

7.3 Efectuar el 7% restante del seguimiento en el tablero de control.

7.4 Participar en el 67% restante de la socialización de las tablas relacionadas con TI.

7.5 Desarrollar el 21% faltante de las actividades del plan de mejora.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.6 Dimensión de Talento Humano: Se recomienda continuar actualizando la hoja de vida cada vez que se requiera.

7.7 Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación: se recomienda para el cambio de IPV4 A IPV6 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 2020, de lo contrario el Hospital podría quedarse incomunicado en temas de conexión a internet, afectando posiblemente el sistema de información.

7.8 Dimensión de Evaluación con Valores para el Resultado: Socializar los documentos ya aprobados al personal que labora en ella.

7.9 Dimensión de Información y Comunicación: Hacer uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

7.10 Dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación: Presentar el informe de avance en el Plan de Mejoramiento con la Contraloría con corte a diciembre de 2019.

Finalmente se concluye que el proceso de **Sistemas de Información** presenta cumplimiento del **97.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.


8. FECHA: Febrero de 2020

9. FIRMAS:

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

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



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

### ***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 2019 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 inicio al nuevo proceso de contratación Sistema Electrónico de Contratación Pública Secop II.** *Se dio soporte a los supervisores para que ingresaran a la plataforma de Secop II y se diera inicio a la contratación electrónica, el 11 de marzo Colombia compra eficiente cerro la plataforma para régimen especial, a partir del 11 de junio se abrió nuevamente la plataforma de Secop II pero solo para invitaciones públicas no para contratación directa.* **2. Ingresar los contratos, actas, prorrogas y modificaciones, que se elaboran en el área de compras al sistema Dinámica y Secop II.** *Se sigue haciendo ingreso de los procesos contractuales a las plataformas de Secop I-II y SIA observa, y según compromiso se siguen haciendo las pruebas en Dinámica para el ingreso de los actos contractuales. Se anexa soporte de evidencia de la contratación en el Secop I-II y soporte de control interno donde se dio respuesta al requerimiento de los inconvenientes que se presentan con la plataforma de DINAMICA.* **3. Realizar seguimiento al nuevo proceso de contratación Sistema electrónico de contratación pública Secop II.** *Los contratos suscritos hasta el 11 de marzo por Secop II se les sigue haciendo todo por este sistema, en Dinámica el ingreso de los contratos del área de compras se están subiendo al módulo de contratación en dinámica, se siguen realizado reuniones para revisar el avance, con el Área jurídica y con el área de tecnología de la información, a partir del 11 de junio se abrió nuevamente la plataforma de Secop II pero solo para invitaciones públicas no para contratación directa.* **4. Ajustar el procedimiento de acuerdo al nuevo software y al nuevo sistema de contratación Secop II y DGH.** *El Procedimiento de compras y el manual van relacionados con la contratación se debe hacer la actualización a la versión 2, pero primero se debe definir el proceso de compra y contratación por los módulos de Dinámica debido a que se continua haciendo pruebas y estas siguen generando errores, se cuenta con el correo y actas suscritas con control interno, donde se hace el compromiso de seguir haciendo las pruebas en Dinámica, pero haciendo la publicación del acto precontractual, contractual y pos contractual en SIA observa, y secop I-II.* **5. Actualizar el manual para la gestión de compras de acuerdo al nuevo sistema de información y módulo de cotizaciones del secop II.** *El procedimiento se ha venido ajustando al igual que el manual. Falta concluir en las reuniones con Jurídica, TI, compras y el acompañamiento de control interno como se va a proceder para no realizar reproceso, mientras se estabiliza el módulo de Dinámica y se revisa la interface con los otros módulos.*

## 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

**6. Enviar la información clasificada según tablas de retención aprobadas y según cronograma de gestión Documental.** Se hace entrega de la documentación según las tablas de retención que fueron aprobadas para el área **7. Plan anual de adquisiciones.** La información se consolida y público en el Secop II. **8. Adelantar procesos de convocatoria pública que permita la pluralidad de oferentes.** En el segundo trimestre se publicaron seis convocatorias públicas se pueden evidenciar en la página web del Hospital y en la página del Secop I. **9. Utilizar el módulo de cotizaciones de Secop II para subir las solicitudes de las necesidades generadas por las áreas.** Con la apertura nuevamente de la plataforma de Secop II se dará inicio al proceso de solicitud de pre cotizaciones por esta plataforma, además de continuar con las solicitudes por correo electrónico. **10. Revisión de los procesos para la racionalización de los recursos.** Se trabaja con todo el grupo la racionalización de los recursos constantemente. **11. Realizar capacitaciones a los funcionarios del área.** Se dictaron varias capacitaciones a todo el grupo de compras sobre el proceso de contratación en Secop II, además se asistió al seminario de contratación que realizó la Esap y certificación en MIPG. **12. Elaborar el Plan de mejoramiento teniendo en cuenta la autoevaluación del área.** Se realizaron varias reuniones para la elaboración del mapa de riesgos **13. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación en los términos definidos.** Se presenta la evaluación del trimestre.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **75%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

- 1.) Realizar seguimiento al nuevo proceso de contratación Sistema electrónico de contratación pública Secop II (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 2.) Actualizar el manual para la gestión de compras de acuerdo al nuevo sistema de información y módulo de cotizaciones del secop II (Con un **80%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 3) Utilizar el módulo de cotizaciones de Secop II para subir las solicitudes de las necesidades generadas por las áreas (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 4) Realizar el seguimiento a los riesgos y a evaluación en los términos definidos. (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

<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 5	

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 **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 **Compras en el mes de Agosto de 2019** 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:

**COMPRAS:** Auditoria presentada mediante **OCI-092-2019** con fecha del **06/11/2019**

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

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Direccionamietno Estratégico y Planeacion se tienen los siguientes hallazgos:**

**Hallazgo:** *El área de Compras no cuenta con el Manual aprobado para la elaboración del plan anual de adquisiciones.*

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Gestion 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.*

#### **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** Definir el proceso de compra y contratación por los módulos de Dinámica, pero haciendo la publicación del acto precontractual, contractual y pos contractual en SIA observa y SECOP I-II

## 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

para luego realizar la actualización a la versión 2 del manual para ajustar el procedimiento de acuerdo al nuevo software y al nuevo sistema de contratación Secop II y DGH.

7.2 Continuar con el ajuste al procedimiento y al manual para la gestión de compras de acuerdo al nuevo sistema de información y módulo de cotizaciones del SECOP II, concluyendo las reuniones con Jurídica, TI, Compras con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.3 Realizar el 50% del seguimiento faltante al nuevo proceso de contratación Sistema electrónico de contratación pública SECOP II.

7.4 Actualizar el 20% faltante del manual para la gestión de compras de acuerdo al nuevo sistema de información y módulo de cotizaciones del SECOP II.

7.5 Utilizar el módulo de cotizaciones de SECOP II para subir el 25% de las solicitudes pendientes de las necesidades generadas por las áreas.

7.6 Realizar el 25% de las actividades faltantes para el seguimiento a los riesgos y a evaluación en los términos definidos.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.7 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.


7.8 Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación: Realizar las gestiones pertinentes para la aprobación de los procedimientos del SIG aprobados en su totalidad.

Finalmente se concluye que el proceso de **Compras** presenta cumplimiento del **89.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2019.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 MANTENIMIENTO***

#### **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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **16** compromisos con un resultado del **87%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a:
  - 1.** Establecer los requerimientos de infraestructura. *Plan de mantenimiento ejecutado*
  - 2.** Ejecución de adecuaciones y obras físicas. *Cronograma y seguimiento de mantenimiento ejecutado*
  - 3.** Adecuar los espacios para archivo. *Solicitudes de órdenes de mantenimiento se han solicitado (4), por parte del servicio las cuales se han ejecutado. Se entregó los aires acondicionados en las áreas de archivo solicitadas*
  - 4.** Realizar la transferencia documental. *A la fecha los documentos organizados se encuentran en archivo del área, en espera del cronograma de gestión documental, se han enviado los documentos soporte de los contratos a la respectiva área*
  - 5.** Identificar las necesidades del personal por áreas. *Actas de capacitación del contratista al personal de la institución, el personal del área ya fue capacitado*
  - 6.** Desarrollar plan de trabajo por fases para implementación del Modelo. *Documentos del área (21), entregados y aprobados (13) documentos pendientes (8)*
  - 7.** Socializando los documentos del SIG. *Acta de socialización de los documentos aprobados al contratista de mantenimiento de equipo biomédico y mantenimiento integral.*
  - 8.** Socializar el código de integridad de la Institución al personal. *Acta de socialización del código de integridad al personal de mantenimiento y contratista.*
  - 9.** Realizar el diagnóstico de incumplimiento de los estándares de mejoramiento por servicio. *Plan de infraestructura evaluado.*
  - 10.** Elaborar los presupuestos para las actividades a desarrollar. *Plan de mantenimiento elaborado para la vigencia 2020.*
  - 11.** Priorizar las acciones de mejora y establecer las fuentes de financiación para su ejecución. *Cronograma*
  - 12.** Realizar las acciones de los servicios priorizados con recursos propios (quirófano y cuidado intensivo) *Plan de mantenimiento evaluado con cumplimiento en las áreas priorizadas*
  - 13.** Realizar verificación y autoevaluación periódica para garantizar el cumplimiento de los requisitos. *Lista de chequeo de infraestructura*
  - 14.** Verificación del sistema (MECI)
  - 15.** Elaborar el plan de gestión del riesgo. *Se anexa matriz de riesgos.*
  - 16.** Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles. *Matriz de riesgos evaluada a diciembre 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 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 2019 en el **84%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 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/2019).
- 2) Actualizando los procedimientos, Instructivos, formatos, programas y plan de mantenimiento (Con un **75%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 3 Realizar seguimiento a las actividades de adecuación de espacios para archivo (Con un 0 % de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2018).
- 4) Socializando los documentos del SIG (Con un **90%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 5) Aplicando el listado de chequeo establecido por la normatividad (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).
- 6) Ejecutando el Plan de mejoramiento teniendo en cuenta la autoevaluación del área. (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**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 **Mantenimiento en el mes de Diciembre de 2019** 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 2019 presentada mediante **OCI-014-2020** con fecha del **17/02/2020**



<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>AUDITORÍA GENERAL DE LA FEDERACIÓN</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>1911 - 1998</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 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 Presentar los 8 documentos pendientes para su aprobación para implementar en su totalidad el Modelo.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.2 Ejecutar el 20% faltante de las acciones de clasificar, depurar y organizar la documentación a transferir de acuerdo al cronograma de Gestión Documental.

7.3 Realizar el 25% de las actividades faltantes para actualizar los procedimientos, Instructivos, formatos, programas y plan de mantenimiento.

7.4 Realizar el 100% de seguimiento a las actividades de adecuación de espacios por cuanto a corte del 31 de Dic/2019 presenta 0% de avance.

7.5 Realizar el 10% faltante de la socializando de los documentos del SIG.

10

## 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

7.6 Aplicar el 50% del listado de chequeo establecido por la normatividad.

7.7 Ejecutar el 100% faltante del Plan de mejoramiento teniendo en cuenta la autoevaluación del área.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.8 Dimensión de Información y Comunicación: Sin hallazgo, se recomienda hacer el uso adecuado con respecto a las Tablas de retención en las labores del Proceso en el momento que se requiera.

7.9 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 **90.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

8. FECHA: Febrero de 2020

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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **22** compromisos con un resultado del **86 %**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Actualizando los documentos del área a las ayudas tecnológicas y a la normatividad.** Se creó el instructivo *INSTRUCTIVO MANEJO DEL SOFTWARE QFDOCUMENT, INSTRUCTIVO DE ELIMINACION DE DOCUMENTOS, IMPLEMENTACION DE TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL* por la necesidad de mejorar el proceso de gestión documental. **2. Socializando la utilización de las mismas y realizando seguimiento a su implementación.** Se realizaron tres grupos para la capacitación con todas las oficinas y unidades funcionales, donde como evidencia un listado de asistencia con 28 participantes. **3. Reorganizan los depósitos de archivo y realizando seguimiento a la asignación de nuevos espacios.** Se solicitó al área de mantenimiento informar sobre los avances sobre los depósitos de archivo. **4. Elaborando y aprobando el cronograma para las Transferencias documentales.** No se pudo ejecutar debido a que no se cuenta con espacio en los archivos para recibir las transferencias. **5. Construir el instructivo, aprobarlo e implementarlo.** Se envió el instructivo con las correcciones para revisión y aprobación por parte de la oficina de planeación. **6. Parametrizando e implementando el software de la unidad correspondencia.** Se realizó la parametrización, capacitación y puesta en marcha del software de gestión documental. **7. Digitalizando el 100% de historias clínicas activas y 56.000 HC inactivas.** Se ha realizado el 100% de las historias clínicas actividad y se avanzado 16% en las inactivas con un total 8893 se dejó en un informe el consolidado de los 9 meses. **8. Socializar el mecanismo para la construcción de los flujos de los documentos.** Se han realizado los flujos de correspondencia, solicitud de certificado laboral, solicitud de derecho de petición, solicitud de historia clínica y PQRS. **9. Parametrizando en el software de gestión documental los flujos enviados por las diferentes oficinas.** Se han parametrizado los 5 flujos en el software de qfdocument **10. Realizando la actualización del diagnóstico integral de archivos.** se actualizo el diagnóstico integral de archivo. **11. Actualizando del Programa de Gestión Documental – PGD.** Se encuentra en proceso de reorganización del documento. **12. Documentando 4 de los 8 procedimientos del programa de gestión documental** **13. Diligenciando el formato del diagnóstico MIPG.** Se realizó el diagnóstico y se entregó a la oficina de planeación. **14. Construir el instructivo, aprobarlo e implementarlo.** La gobernación ya no solicita la información directamente ahora se reporta por medio del Furag 2 y MIPG los avances. **15. Realizando inventario de la documentación de los archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental – FUID.** Por medio del convenio Sena se realizaron los inventarios a las oficinas de Docencia e Investigación, jurídica, salud ocupacional e internación médica.

## 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

*Siendo estas con una necesidad más grande de organización. 16. Elaborando y aprobando el documento Sistema Integrado de Conservación – SIC. Se están realizando los ajustes que recomendó la oficina de planeación y calidad. 17. Organizando los Fondo Acumulado. Se realizaron todos los inventarios de los fondos acumulados en formato FUID. 18. Documentando los avances y preparando informe. Se realizó la evaluación del primer semestre de modelo integrado MIPG. 19. Definiendo plan de capacitación del personal del área y demás funcionarios de la institución con temas afines a la gestión documental. Se dejan el registro de las capacitaciones que se han realizado por parte de la oficina de gestión documental. 20. Realizando seguimiento a los componentes. Se realizó por parte de la oficina de control interno la auditoria por medio de una lista de cheque donde la oficina nos envió un informe del cumplimiento del proceso. 21. Actualizar la matriz de riesgos. Se revisó y evaluó la matriz de riesgo. 22. realizando seguimiento a la matriz de riesgos. Se evaluó el primer trimestre.*

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **89%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como:

**1).** Elaborando y aprobando el cronograma para las Transferencias documentales. (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**2).** Digitalizando el 100% de historias clinicas activas y 56.000 HC inactivas. (Con un 75% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).


**3).** Actualizando del Programa de Gestión Documental - PGD (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**4).** Documentando 4 de los 8 procedimientos del programa de gestion documental (Con un 0% de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019)

**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 **en el mes de Noviembre de 2019**

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

<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 5	

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

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 adelante de una evaluación de tercera línea de defensa.

Obteniendo como resultado las siguiente Información:

**GESTIÓN DOCUMENTAL** : La visita de Auditoria se realizó el **02/11/2019** y fue presentada mediante **OCI-002-2020** con fecha del **16/01/2020**

### HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA.

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

*No se presentaron Hallazgo*

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

*No se presentaron Hallazgo*

**De acuerdo a la verificación y analisis de la dimension de Evaluación por resultados**

*No se presentaron Hallazgo*

**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 el momento que Requerian.

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

## 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

del Hospital.

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

*No se presentaron Hallazgo*

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

*No se presentaron Hallazgo*

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

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

7.1 Realizar seguimiento a la solicitó al área de mantenimiento de informar del avance sobre los depósitos de archivo con el fin de reorganizar los depósitos de archivo y estar atento a la asignación de nuevos espacios.

7.2 Realizar las gestiones tendientes a la consecución de los espacios requeridos en el archivo central y elaborar y aprobar el cronograma para las Transferencias documentales.

7.3 Realizar el seguimiento al envió a la oficina de planeación del instructivo con las correcciones para su revisión y aprobación y proceder a su implementación.

7.4 Terminar el proceso de reorganización del documento de actualización del Programa de Gestión Documental – PGD.

7.5 Terminar los ajustes recomendados por la oficina de planeación y calidad del documento Sistema Integrado de Conservación – SIC.

7.6 Realizar la evaluación del segundo semestre de modelo integrado MIPG.

7.7 Realizar la evaluación al segundo semestre a la matriz de riesgos.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

7.8 Realizar el 100% de las acciones para elaborar y aprobar el cronograma para 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

### Transferencias documentales.

7.9 Realizar el 25% faltante para digitalizar el 100% de historias clínicas activas y 56.000 HC inactivas.

7.10 Actualizar el 100% del Programa de Gestión Documental – PGD.

7.11 Documentar el 100% de 4 de los 8 procedimientos del programa de gestión documental.

En Hallazgos y recomendaciones de la auditoria se debe:

7.12. Dimensión de Información y Comunicación: Sin hallazgo, 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.

Finalmente se concluye que el proceso de Gestión Documental presenta cumplimiento del **92.0%** de los Objetivos y metas programado para el año 2019.

8. FECHA: Febrero de 2020


9. FIRMAS:

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

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





<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta 1948 - 2018</small>
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 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 2019 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** compromisos con un resultado del **45%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1. Elaborar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico. 2. Actualizar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico.** *Se generó y aprobó documento de GA-IN-039 INSTRUCTIVO PARA EL CONTROL DE LOS VEHICULOS OFICIALES PROPIEDAD DEL HOSPITAL v.1 con sus respectivos formatos (GA-FR-146 y GA-FR-147) Se encuentra publicado en la Intranet y el documento original reposa en la oficina de Planeación,* **3. Socializar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico.** *Socialización del PGIRASA - Se anexan los registros de asistencia en retroalimentación de manejo de residuos en las capacitaciones mensuales.* **4. Elaborar el Sistema de Gestión Ambiental. 5. Realizar la transferencia documental que corresponda de acuerdo a la tabla de retención 6. Realizar el proceso de eliminación documental que corresponda de acuerdo a la tabla de retención 7. Plan de actividades de gestión ambiental para desarrollar durante la vigencia 2019 8. Socialización en los servicios de la manera correcta de segregar los residuos de acuerdo al tipo. Capacitaciones realizadas al 31/12/2019 9. Actualización del PGIRASA**

**1. Documento actualizado y aprobado al 12/02/2019 - Se anexa primera página donde están las firmas que lo aprueban 10. Estudio de costo de las actividades asociadas a la gestión ambiental y el apoyo logístico al posible nuevo servicio de alta complejidad.** *Este documento se trabaja en la medida que el hospital proyecte la apertura de nuevos servicios de salud. La actividad se da por cumplida en la medida que la actividad es o no solicitada por planeación.* **11. Proceso de capacitación en temas como:**

- i. Servicios prestados por el hospital**
- ii. Procesos de atención al usuario**  
**Atención al usuario interno y externo**

**6.2** El proceso cumplió el Plan Operativo 2019 en el **43%** Con corte al 31 de Diciembre de 2019 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 3

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

**1.) Elaborar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico** (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**2.) Actualizar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**3.) Socializar los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico** (Con un **50%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019).

**4.) Elaborar el Sistema de Gestión Ambiental** para dar cumplimiento al MECI (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019)

**5.) Realizar la transferencia documental que corresponda de acuerdo a la tabla de retención** para dar cumplimiento al MECI (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019)

**6.) Realizar el proceso de eliminación documental que corresponda de acuerdo a la tabla de retención** para dar cumplimiento al MECI (Con un **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019)

**7.) 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 **0%** de Cumplimiento a corte del 31 de Dic/2019)

**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** Para la vigencia 2019 se realizó visita al área de **Gestión Ambiental y Servicios de Apoyo Logístico el 06/12/2019**, la Oficina de Control Interno se encuentra realizando el respectivo informe de Auditoría, se encuentra pendiente por entregar Informe.

### 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 55% de las actividades no ejecutadas en los 11 compromisos de la dependencia.

Para el total cumplimiento del POA se recomienda:

<b>EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA</b>					 <small>HOSPITAL</small> <b>Federico Lleras Acosta</b> <small>HOSPITAL</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

7.2 Elaborar el 100% de los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico.

7.3 Actualizar el 50% faltante de los Procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico.

7.4 Realizar el 50% faltante de la socialización de los procedimientos de Gestión Ambiental y Apoyo Logístico.

7.5 Elaborar el 100% del Sistema de Gestión Ambiental para dar cumplimiento al MEC.

7.6 Realizar el 100% de la transferencia documental que corresponda de acuerdo a la tabla de retención

7.7 Realizar el 100% del proceso de eliminación documental que corresponda de acuerdo a la tabla de retención para dar cumplimiento al MECI.

7.8 Realizar el 100% de las capacitaciones en: Servicios prestados por el hospital, Procesos de atención al usuario y Atención al usuario interno y externo para dar cumplimiento al MECI.

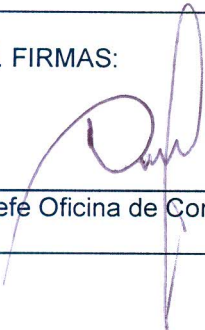
Finalmente se concluye que el proceso **Gestión Ambiental y Servicios de Apoyo Logístico** presenta cumplimiento del **63.0%** de los Objetivos y metas programado para el año **2019**.

---

8. FECHA: Febrero de 2020


---

9. FIRMAS:


---

Jefe Oficina de Control Interno


---

Responsable del servicio

