

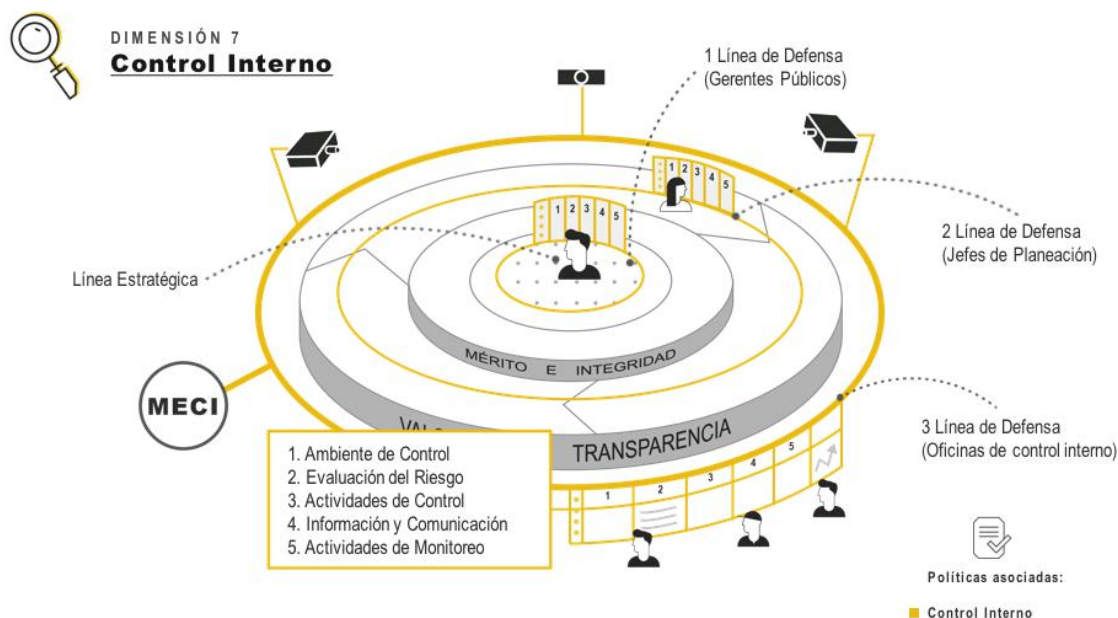
1004-OCI-004

Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno Periodo Noviembre - Diciembre 2019.

De conformidad con las disposiciones contenidas en Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno presenta y publica el informe sobre el estado del Sistema de Control Interno del departamento Administrativo de la Función Pública, correspondiente al cuatrimestre correspondiente desde Noviembre - Diciembre 2019.

Séptima Dimensión

Este informe se continúa presentando bajo la estructura del Modelo MECI, enfocado en la séptima dimensión de control interno dentro MIGP, en línea con las buenas practicas que referencia el Modelo Coso y actualizado en un esquema de cinco (5) componentes: 1) Ambiente de Control 2) Evaluación del Riesgo 3) Actividades de Control 4) Información y Comunicación y 5) Actividades de Monitoreo.



1. Ambiente de control

Para garantizar un adecuado y efectivo ambiente de control del Sistema de Control Interno, se han creado documentos que determinan lineamientos para llevar un adecuado control dentro de la institución, se tiene el Código de Ética del Auditor y el Manual de Auditoría, además se cuenta con el Comité Institucional de Control Interno, el cual se realiza dos veces en el año o cuando se considere pertinente y en este se planea la ejecución del Plan de Auditorías de la Oficina de Control Interno y se expone el avance de las metas de la vigencia actual o la vigencia anterior.

Esté componente focaliza primordialmente el compromiso de Función Pública con la integridad, la cual se evidencio a lo largo de la gestión institucional, mediante la ejecución de las siguientes actividades:

Código de Integridad



El código de integridad tiene como objetivo alcanzar un cambio en la cultura organizacional, al lograr la apropiación de los conceptos de legalidad, anticorrupción y servidor público, a través de la identificación y exaltación de los valores enmarcados en el Código de Integridad: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia.

El cronograma para su implementación y empoderamiento por parte de los funcionarios públicos con el cumplimiento de sus actividades al 30 de noviembre de 2019 se presenta a continuación.

CRONOGRAMA
PLAN DE ACCION CODIGO DE INTEGRIDAD 2019

		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
1	Revisión bibliográfica y antecedentes históricos sobre Código de integridad.													100%	
2	Planeación de implementación del Programa de Código de Integridad.													100%	
3	Realización presentación en diapositivas, plegables y elaboración de evaluación inicial de apropiación de conceptos brindados en las socializaciones en las áreas asistenciales y administrativas.													100%	
4	Ejecución, socialización e implementación de actividades encaminadas a la apropiación Código de Integridad, en las áreas asistenciales y administrativas del Hospital Federico Lleras. Paralelo a este se realizará la aplicación de evaluación inicial, tabulación y el respectivo análisis de las mismas.													La implementación del programa se realizará de manera permanente en todas las áreas de servicio del Hflleras. Teniendo en cuenta las 43 áreas que prestan diferentes servicios al interior del Hflleras las cuales corresponden al 100% de las mismas, se ha logrado impactar a la fecha 17 de ellas correspondiente al 39,53% tanto en asistenciales como en administrativos.	40%
5	Elaboración de encuesta Google Drive para medir la apropiación e implementación del Código de Integridad a nivel general en el Hflleras.													0%	
6	Aplicación de encuesta virtual general.													0%	
7	Análisis de los resultados de la encuesta, conclusiones y elaboración de un plan de mejoramiento de código de integridad.													0%	

Planeación Estratégica.

En lo concerniente al liderazgo y lineamientos de la Alta Dirección, durante el periodo comprendido de evaluación se realizaron Comités Directivos semanalmente.

Sistema Integrado de Gestión.

Desde el año 2016 el HFLLA viene implementando el Sistema Integrado de Gestión, este integra el Sistema de Control Interno (SCI) y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Servicios de Salud (SOGCS) y estos a su vez se articulan con una estructura orgánica, que cuenta con la Resolución 1802 de 2015 en la cual se definen las funciones de las dependencias; una plataforma estratégica con un plan de desarrollo definido para 2016 – 2020; un mapa con 16 procesos (3 estratégicos, 4 misionales, 4 de apoyo a la misión, 3 de apoyo y 2 de evaluación) con sus respectivas caracterizaciones y políticas institucionales definidas en el “PC-MN-001 Manual del Sistema integrado de Gestión”. Para el desarrollo de este sistema se cuenta con un Sistema documental que cuenta con 1.226 aprobados de un total de 1.531 los cuales incluye: aprobados (80.8%), editados (5.68%), revisión técnica (3.20%), elaboración (3.66%), revisión metodológica (4,64%), sin documento base (0.13) y vacío (0.20%), en cuanto a socialización 39% e implementación 21%. Se ha realizado un mayor énfasis en la documentación en lo relacionado con el sistema único de habilitación.

Como parte fundamental del Sistema Integrado de Gestión (SIG), se desarrolló en octubre de 2017 para el acceso de los funcionarios a la documentación el micro sitio del SIG en la Intranet para su consulta.

PAMEC

El PAMEC institucional se encuentra formulado con base en estándares de acreditación según resolución 123 de 2012. Desde el inicio de la intervención forzosa para administrar se han desarrollado 2 ciclos (el primero entre julio del 2014 se inició la ruta crítica y se finaliza en el mes de diciembre de 2015; posteriormente en la vigencia 2016 y 2017 - esta ruta fue evaluada por la Secretaría de Salud del Tolima recibiendo una calificación de 90/100). En 2018 se elabora una nueva ruta que incluye actividades a desarrollar tanto en 2018 como en 2019. Inicialmente en 2018 se realizó la planeación, se definió la metodología, se establecieron los equipos de autoevaluación, la cual se ejecutó obteniendo una clasificación de 1,8; posteriormente se priorizaron 15 estándares a intervenir de acuerdo a la matriz de riesgo definida durante la planeación y se establecieron 43 acciones de mejora a desarrollar. Se identificaron dificultades en el desarrollo de las actividades establecidas por lo cual de acuerdo a directriz de la agente especial interventora se realizó revisión para reformulación del documento PAMEC

aplicando el manual de acreditación versión 3.1. y lo definido en el Modelo Integral de Planeación y Gestión.

MIPG

Durante el 2018 la institución inició la formación del talento humano en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG que reemplazará el anterior sistema de gestión e integra otros componentes; durante ese año se realizó la etapa de diagnóstico e implementación de las herramientas desarrolladas por la función pública y se inicia la construcción de los planes de talento humano como primer paso para implementación del modelo y cumplimiento de los términos exigidos en la norma.

Para MECI – (Modelo Estándar de Control Interno) también enfoque modificado con el nuevo MIPG, la oficina también realizó el cambio de Manual y su plan de trabajo; En la actualidad se continua en su implementación mediante la aplicación del modelo de lista de chequeo en las auditorias contempladas en el Plan de Auditoría y las Auditorías especiales tomando en cuenta las dimensiones allí establecidas; es importante resaltar que la Función Pública creo el instrumento Formulario Único de Reportes de avances de la Gestion (FURAG) en el año 2.018 que fue diligenciado por todas las áreas y consolidado por Planeación, así mismo la Oficina de control interno también desarrollo un formulario especial con 37 preguntas y evidencias el cuál fue calificado y entregado en el año 2019 con calificación de índice de desempeño de 61,1 mejor que otros hospitales del país con tercer nivel de complejidad.

Como resultado de las respuestas realizadas al formulario FURAG II, donde se evidencia oportunidades de mejora, se construyó el plan de acción para la vigencia 2019, el cual fue debidamente cumplido.

Se adelantó el proceso de diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión – FURAG II, para medir la gestión y el desempeño de la entidad en el año 2019, conforme a directriz del Departamento Administrativo de la Función Pública el cual fue cargado con antelación a la fecha límite del 20 de diciembre de 2019.

Planeación y Gestión de Equipo Directivo Técnico Científico.

Se realizó seguimiento a la Planeación y Gestión del equipo directivo, a las áreas técnico científico, corte al 30 de Mayo de 2019, dando como resultado:

COMPONENTE	ÁREA	LINEAMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO		FORMULACION		SEGUIMIENTO 2019			
		LÍNEA DE ACCIÓN	INDICADOR	Línea de Base Julio 2019	Meta del período 2 de agosto 2019 - 1 de agosto 2020	AGOSTO	SEPTIEMBRE		
TECNOLOGICO	Efectividad de la atención	Mejorar los indicadores de morbilidad mortalidad de la población usuaria o afiliada	Tasa de Mortalidad Materna	0	Realizar medición de la adherencia de las guías maternas.	0	0		
				198		188	176		
				0		0.00	0.00		
				4		2	5		
		Tasa de mortalidad perinatal	200	Realizar medición de la adherencia de las guías maternas	189	179			
		20	10.98		17.83				
			33,235		36,798				
			3,404		3,364				
	Especialización de la atención	Mejorar las condiciones de acceso y la oportunidad en la prestación de servicios	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (días)	34,766	Redistribuir la agenda, teniendo en cuenta las especialidades con mayor demanda y necesidades el hospital.	9.8	10.9		
				3,719					
			Oportunidad en la atención del Triage en urgencias (minutos)	1,545		Adecuar la oferta o capacidad instalada a la demanda, de acuerdo con el comportamiento observado.	3,272	2,310	
				250			234	287	
			Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (minutos)	6.2			13.98	8.05	
				5,733		Disminuir el tiempo de recambio de sala con la participación de servicios generales.	6,984	7,122	
				250			234	287	
				22.9			29.8	24.8	
				17			9.00	19	
				Porcentaje de cancelación de cirugía programada		2.67	Verificar las condiciones de preparación del paciente hospitalizado y ambulatorio.	22.1	25.4
				6.37			4.07	7.86	
				2,351		Elaborar guías de atención rápida en el manejo de patologías que pueden ser atendidas en el servicio, mejorando la definición de conducta	3,571	3,614	
				1,488			1,488	1,440	
				Porcentaje de ocupación en urgencias		358		240	281
		Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	835	Realizar autoevaluación periódica de los servicios inscritos en el REPS y verificación del cumplimiento de los estándares	822	770			
		2,351	2,313		2,252				
		36.02	36.94		34.18				
		116							
	Habilitación	Cumplir los requisitos de requisitos de habilitación por servicios	Porcentaje de cumplimiento de requisitos de habilitación	202	Fortalecer el estándar de procesos prioritarios mediante la elaboración de la documentación requerida en el estándar que se encuentra pendiente y efectuar la socialización e implementación.	184.2	184.73		
				59.43		202	202		
	Seguridad Clínica	Mejorar la seguridad clínica en la atención de los pacientes	Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en urgencias	849	Disminuir la rotación del personal, para que las actividades realizadas no se pierdan.	700	560		
				868		709	578		
				95		99	97		
				57		55	56		
			Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de	59	Realizar medición mensual del cumplimiento de las rondas de seguridad del paciente	59	61		
				97		93	92		
			Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	37		Identificar y analizar los casos de mortalidad hospitalaria mayor de 48 horas en cada uno de los servicios.	46	43	
				37		46	43		
			Tasa de mortalidad mayor a 48 horas	100	Actualizar el documento del Programa de vigilancia, prevención y control de IAAS	100	100		
				42		67	47		
				1103		1,104	1,077		
				39		60.7	4.36		
				1103	39	34	34		
				Tasa global de infección hospitalaria	1103	Verificar el cumplimiento de criterios de IAAS en cada uno de los casos identificados por parte del equipo interdisciplinario, según el Protocolo de vigilancia de Salud Pública para este evento, y analiza los casos a través de comité de infecciones.	1,104	1,077	
	3.8		3.83	3.16					

Proyectos de Inversión

En desarrollo de la gestión se formularon, aprobaron y se ejecutaron o están en ejecución los siguientes proyectos:

Proyecto	Radicado Minsalud	Fecha	Estado	Valor en Millones de pesos		
				Dotación	Infraestruc	Total
Mejoramiento del servicio de Radioterapia (Acelerador Lineal)	20184230609822	07/09/2018	Viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, con licencia de construcción. En trámite financiación del 70% Ministerio y 30% Departamento del Tolima . Proyecto actualizado y presentado al Banco de Proyectos del Dpto. para inscripción, se encuentra viabilizado y pendiente de financiación	11.455	1.067	12.522
Reposición de equipos biomédicos			Proyecto ejecutado con 100% de recursos del Departamento	1.687		1.687
Traslado y adecuación del servicio de esterilización			Proyecto presentado al Ministerio de Salud, devuelto con aprobación de dotación y diseños, pendiente de revisión del valor del presupuesto de obra para nueva presentación. Proyecto incluido en el Proyecto de Regalías.	430	1.598	2.028
Implementación de los servicios de Hemodinamia y Resonancia Magnética			Proyecto devuelto por el Ministerio de salud, se presento a la SST con ajustes. Proyecto incluido en Proyectos de Regalías.	6.997	2.533	9.530
Mejoramiento de la Subestación eléctrica (Subestación para los proyectos)			Proyecto en formulación, se recibieron los diseños eléctricos y se encuentra en proceso de contratación los estudios de infraestructura de instalación de la subestación. Proyecto incluido en el Proyecto de Regalías.		1.824	1.824
Fortalecimiento de los servicios de mediana y alta complejidad. Proyecto Incluye: - Subestación eléctrica. - Hemodinamia y Resonancia. - Central de esterilización proyecto. - Central de mezclas y automatización. - Diagnóstico Cardiovascular.			En etapa de formulación. Proyecto para ser financiado por Regalías.	7.097	14.799	21.897
Cumplimiento en las condiciones de habilitación de los servicios de UCI pediátrica intensiva e intermedia, cirugía y hospitalización.			Proyecto en definición de alcance-inscrito en el ajuste 3 del plan bienal. Pendiente contratación de Estudios y Diseños		4.000	4.000
Remodelación y ampliación de la infraestructura de Unidad Renal			Proyecto en formulación, en proceso de contratación de diseños e ingeniería de detalle para establecer presupuestos de obra. En proceso de evaluación técnica los equipos biomédicos para establecer estudio de mercado y soporte presupuestal.	250	372	622
Digitalización del servicio de imágenes diagnósticas.			Proyecto en formulación, incluye la actualización tecnológica de los equipos de imágenes diagnósticas.	6.140		6.140
Fortalecimiento de la unidad de diagnóstica de la mujer			Proyecto formulado y presentado al Departamento del Tolima para financiación. Proyecto inscrito y viabilizado en el banco de proyectos del Departamento, pendiente financiación.	484		484
Reposición de equipos biomédicos UCIS			Proyecto formulado y presentado al Departamento del Tolima para financiación. Proyecto inscrito y viabilizado en el banco de proyectos del Departamento, pendiente financiación.	1.629		1.629

Bienestar e Incentivos.

En el año 2019 se ejecutaron actividades con el propósito de propender por la generación de un clima organizacional amable que les mejore a los funcionarios la satisfacción personal en el cumplimiento de sus labores y la eficiente prestación de los servicios.

A continuación se relacionan:

Actividades de Bienestar Social

Actividad	Lugar
Invitación participación en grupo musical del HFLLA	Sala de Juntas Gerencia
Celebración cumpleaños funcionarios	Vía correo electrónico
Celebración día de la Familia	Comfenalco Tolima
Actividades Gimnasio	HFLLA
Aeróbicos	HFLLA
Taller Humanización	Comfenalco Tolima
Noche de los mejores	Comfenalco Tolima
Integración Pre-Pensionados	Tomogó Prado

Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se realizaron las siguientes actividades en el 2019, así:

ACTIVIDADES
Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo-Socialización Política de Seguridad y Salud en el Trabajo
Reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo-Socialización Política de Seguridad y Salud en el Trabajo
Socialización Política de Seguridad y Salud en el Trabajo
Reporte accidentes de trabajo
Investigación accidentes de trabajo
Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo en Riesgo Psicolaboral
Participación reunión COPASST
Capacitación COPASST
Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo
Brigada de emergencias (Capacitación)
Comité Hospitalario de Emergencias.
Pautas Activas
Visitas Inspección en las Sedes Francia-Limonar. 37 visitas de Inspección.
Visitas áreas de trabajo factor de riesgo psicolaboral
Valoraciones

2. Evaluación del riesgo.

Este segundo componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo de los líderes de los procesos y de todos sus servidores, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

La Oficina de Control Interno hace el respectivo seguimiento a los riesgos identificados de manera trimestral y además en las auditorias de los procesos se verifica que no haya riesgos materializados.

Mapa de Riesgos.

En el año 2019 se realizó el control de los riesgos identificados en los procesos mediante 104 planes de riesgos, presentando la probabilidad de materialización por debajo del 30%, sin materialice ningún riesgo, por lo que la evaluación corresponde al 100% de los riesgos controlados.

3. Actividades de Control.

El tercer componente hace referencia a la implementación de controles, en este componente se llevan a cabo la verificación de implementación de políticas institucionales mediante procedimientos, cumplimiento de metas de planes operativos, Fortalecer el desarrollo de las actividades de control a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG.

Atención al Usuario (PQR)

Elemento importante de comunicación son los mecanismos para recepción, registro y atención de peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios. En el año 2019 en lo referente a Atención al Usuario se analizaron por proceso y presentaron quejas por la oportunidad (facturación), por accesibilidad (dificultad para conseguir citas, zona rural), por la humanización de médicos y enfermeras, principalmente

Por servicio principalmente presentaron quejas por la dificultad de acceder a citas médicas.

En cuanto al Tiempo de respuesta la mayoría fue extemporánea y en bajo número sin respuesta.

En encuesta de satisfacción a 1.161 personas, arrojó como resultado que: 217 muy bueno, 879 bueno, 56% regular, 9 malo y ninguno muy malo, en el III trimestre.

Se evidencia baja asignación de citas en la página web.

4. Información y Comunicación.

Este componente permite identificar, capturar y comunicar información pertinente para que los servidores puedan llevar a cabo sus responsabilidades, se deberán utilizar los medios adecuados y en los tiempos oportunos. Se requiere manejar información generada internamente, así como información sobre hechos y condiciones externas necesarias para tomar decisiones y generar informes externos confiables.

Los sistemas de información de la entidad han facilitado a la Oficina de Control Interno la producción de informes, datos de la operación, financieros y de cumplimiento, aspectos que permiten controlar la entidad.

En el Hospital se cuentan con adecuados medios de comunicación internos para una comunicación eficaz en un sentido amplio en toda la institución, se tienen notificaciones por medio de salvapantallas en temas de capacitación, jornadas de vacunación o medico laboral, además se anuncian temas de bienestar social por medio del Hospital y la Caja de compensación familiar COMFENALCO.

La comunicación interna responde a la necesidad de difundir y transmitir información institucional al interior de la entidad, así como contar con servidores públicos informados de manera clara y oportuna sobre los objetivos, estrategias, planes, programas y la gestión de la función pública. Los mecanismos que fortalecen la comunicación interna son:

- Mensajes directos con información puntual.
- Intranet.
- Campañas Internas.
- Material promocional.

Se detalla a continuación los elementos informativos utilizados en el HFLLA:

Comunicación interna

MEDIO INFORMATIVO	TEMA RELACIONADO
Mensajes directos con información puntual.	Mensajes de cumpleaños a funcionarios.
Correos Institucionales.	Código de Integridad.
Material promocional	Mensajes sobre: medición del clima laboral, día de la mujer, día del contador, Gimnasio, aeróbicos en salvapantallas.

Por otra parte, a nivel de comunicación externa como mecanismo de estratégico y transversal a la estructura de la Función Pública, para el cumplimiento al principio constitucional de publicidad y transparencia. Los mecanismos para la información externa son:

- Contenidos informativos del Portal Web.
- Información para redes sociales: Twitter, Facebook, LinkedIn, Youtube y Flickr.

MEDIO INFORMATIVO	TEMA RELACIONADO
Contenido informativos del Portal Web.	Informes de control interno, noticias
Información para redes sociales	Publicaciones permanentes de información sobre gestión adelantada por la entidad.

Otro elemento importante de comunicación son los mecanismos para recepción, registro y atención de peticiones, quejas y reclamos por parte de los usuarios.

Recurso Humano

Durante el año 2019 el Hospital cuenta con planta permanente y planta temporal en el plan de cargos de la planta permanente tiene 334 cargos de los cuales 68 administrativos y 266 operativos y el plan de cargos de la planta temporal tiene 676 cargos de los cuales 138 administrativos y 538 operativos en promedio aproximadamente.

5. Actividades de monitoreo.

Este componente permite desarrollar las actividades de supervisión continua (controles permanentes) en el día a día de las actividades, así como evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías) que permiten valorar:

La efectividad del control interno de la entidad pública.

La eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.

El nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos.

Los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública.

Plan de Auditoría.

Se realizó la propuesta del Plan de Auditoría para el año 2019 al Comité de Control Interno, siendo aprobada por este para 25 dependencias de las cuales al 31 de diciembre se ha realizado 10 auditorías y adicionalmente se ha practicarón 13 especiales.

Seguimiento a los Estados Financieros

Los Estados Financieros de Enero a Diciembre 31 de 2.019 presentan los siguientes valores:

BALANCE GENERAL DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS E.S.E. A DICIEMBRE 31 DE 2.019 (Enero 22/20)

ACTIVOS		PASIVOS	
EFECTIVO	14.747	6,47%	CUENTAS POR PAGAR
Caja	-		FINACIAMIENTO INT. A CORTO PLAZO
Depositos en Inst. Financieras	12.187		ADQUISICION DE BIENES Y SS NACIONALES
Efectivo restringido	2.560		Bienes y Servicios
CUENTAS POR COBRAR	93.226	40,90%	Otros recaudos a favor de terceros
Prestacion de servicio de salud	92.712		Descuentos de Nómina
Transferencias por Cobrar	-		Retencion en la Fuente e imp.T.
Otras cuentas por Cobrar	514		Impuestos, contribuc y tasas x C.
Cuentas por C. de Difícil cobro	49.556		Impuesto al Valor Agregado IVA
Deterioro acumulado C x C.	(49.556)		Créditos Judiciales
INVENTARIOS	4.115	1,81%	Otras Cuentas por Pagar
Material para la prest.de Ss.	4.206		OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEG.
En poder de terceros	36		Benef. a los empleados a C.Plazo
Deterioro acumulado en invent.	(127)		Benef. a los empleados a L.Plazo
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	113.598	49,84%	PASIVOS ESTIMADOS
Terrenos	25.882		Litigios y Demandos
Construcciones en curso	73		Provisiones diversas
Maqui., Planta y Equipo en Montaje	40		OTROS PASIVOS
Bienes muebles en bodega	2.273		Avances y anticipos recibidos
Prop. Planta y Eq. no explotados	2.183		Depósitos recibidos en garantía
Edificaciones	77.786		TOTAL PASIVOS
Redes, Lineas y cables	1.067		37.990 16,67%
Maquinaria y Equipo	694		
Equipo Médico y científico	11.631		PATRIMONIO
Muebles y ense y eq. de oficina	1.632		CAPITAL FISCAL
Equipo de comunica. y comput.	2.560		Capital Fiscal Inicial
Equipo de Transporte y elevac.	938		Capital Fiscal
Equipo de comedor, cocina y hot.	293		Depuracion de Activos Fijos
Bienes, arte y cultura	228		RESULTADOS DE EJERC. ANTERIORES
Depreciación acumulada	(13.683)		Utilidad o excedentes acumulados
OTROS ACTIVOS	2.257		Refacturacion ingresos vig. Anteriores
Bienes y Ss. Pag. Por anticipado	851		Ajustes Vigencias anteriores
Avances y anticipos entregados	288		RESULTADOS DEL EJERCICIO
Recursos entregados en Garantía	1		Utilidad del presente ejercicio
Intangibles	5.330		TOTAL PATRIMONIO
Amortizacion acumulada	(4.214)		189.952 83,33%
TOTAL ACTIVOS	227.943	100,00%	TOTAL PASIVOS Y PATRIMONIO
			227.943 100,00%



Federico Lleras Acosta

ESTADO DE RESULTADOS DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS E.S.E. DE ENERO 1 A DICIEMBRE 31 DE 2.019 (Ene 22/20) . (Mills \$).

INGRESOS OPERACIONALES :		146.199	100,00%
Ventas de Servicios de Salud			
(-) COSTOS OPERACIONALES:		105.074	71,87%
Costo de los Servicios de Salud			
(-) GASTOS:		14.892	10,19%
Administrativos	8.352		
Generales	5.908		
Impuestos, Contribuciones y Tasas	632		
UTILIDAD OPERACIONAL SIN PROVISIONE, DEPRECIAC Y AMORTIZ.		26.233	17,94%
(-) PROVISIONES DE CARTERA		18.172	
(-) DETERIORO DE INVENTARIOS		45	
(-) DEPRECIACIONES PROP. PLANTA Y EQUIPO		1.348	
(-) DEPRECIACIONES PROPIEDADES DE INVERSION		436	
(-) AMORTIZACIONES LICENCIAS SOFTWARE , INTANGIBLES		652	
(-) PROVISION CONTINGENCIAS PORDEMANDAS PROC. JURIDICOS		4.338	
PERDIDA OPERATIVA		1.242	0,85%
(+) INGRESOS NO OPERACIONALES:		29.288	20,03%
Ingresos No Tributarios - Estampillas	1.561		
Transferencias S.S.F. Subvenciones Gubernamentales	4.746		
Otros Ingresos Financieros	955		
Arrendamientos, aprovechamientos, responsabil. Fiscales	618		
Otros Ingresos (Recuperaciones cartera)	19.732		
Ajuste de otros ingresos (Diversos)	1.676		
(-) GSTOS NO PERACIONALES:		7.361	5,03%
Comisiones bancarias	11		
Financieros (Pérdida por baja C x C)	5.100		
Financieros (Intereses sobre depositos y exigibiliades)	74		
Diversos, sentencias y perdida en baja act. No fcieros	2.053		
Devoluciones rebajas y descuentos	123		
UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO		23.168	15,85%

BALANCE GENERAL COMPARTATIVO DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS E.S.E. A DICIEMBRE 31 DE 2019(Enero 22/20)							
	2017	2018	2019		2017	2018	2019
ACTIVOS				PASIVOS			
Efectivo	1.829	2.157	14.747	Cuentas por Pagar	36.782	23.683	17.483
Cuentas por Cobrar	80.629	88.053	93.226	Obligaciones Laborales	13.267	10.177	7.751
Inventarios	2.956	2.998	4.115	Pasivos Estimados	13.823	9.083	10.569
Prop. Planta y Equipo	117.927	115.104	113.598	Otros Pasivos	1.859	1.362	2.188
Otros Activos	4.569	3.677	2.257	TOTAL PASIVO	65.732	44.305	37.991
				PATROMIONIO			
				Patrimonio Institucional	126.555	142.036	166.784
				Utilidad Neta del ejercicio	15.624	25.648	23.168
				TOTAL PATRIMONIO	142.178	167.684	189.952
TOTAL ACTIVOS	207.910	211.989	227.943	TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	207.910	211.989	227.943

Comité Directivo y de Empalme.

El Comité Directivo del HFLLA se reúne periódicamente los días miércoles de cada semana, el cual es presidido por el Gerente de la entidad. y en lo referente al empalme se entregó el informe de gestión al Gerente del HFLLA por el agente interventor en el mes de julio de 2019.

Austeridad del Gasto.

Se realizó seguimiento y se presentó el informe de Austeridad del Gasto del cuarto trimestre del año 2019, el cual da como resultado:

-Incremento en la nómina general en 683.9 Millones, en comparación con el mismo trimestre del año 2018.

-Incremento en el rubro de Viáticos y Gastos de viaje en un 54.8% comparado con el año anterior y un 11% con el trimestre anterior.

-Los Honorarios en el IV trimestre de 2019 presentan un incremento de 232.6% comparado con el mismo trimestre de 2018 y Remuneración por Servicios Técnicos contratados presenta en el IV trimestre de 2019 compromisos por \$2.499.365.881 a diferencia de \$ 1.902.897.119 del IV Trimestre de 2018.

Plan Operativo Anual.

Se realizó seguimiento en el trimestre al Plan Operativo Anual (POA) de la vigencia 2019, revisando las 26 autoevaluaciones de los procesos, calificándose con el 63% de cumplimiento por la oficina de Control Interno de la entidad con corte a 30 de septiembre de 2019.

Componente Jurídico

Estado de los Procesos Ejecutivos al 31 de Diciembre de 2019.

No. PROCESO	TIPO DE PROCESO	CIUDAD	DESPACHO 1ª INSTANCIA	NOMBRE DEMANDANTE	OBSERVACIÓN
3001310300420130015900	Ejecutivo Singular	Ibagué	Juzgado 4º Civil del Circuito de Ibagué IBAGUÉ	Laboratorios DAI DE COLOMBIA	se presentó memorial solicitando terminación por pago total de la obligación
3001310300420140013200	Ejecutivo Singular	Ibagué	Juzgado 4º Civil del Circuito de Ibagué IBAGUÉ	BIOMERIEUX COLOMBIA S.A.S.	se presentó memorial solicitando terminación por pago total de la obligación
3001310300420130004000	Ejecutivo Singular	Ibagué	Juzgado 4º Civil del Circuito de Ibagué IBAGUÉ	JHONEDUAR MONTOYA BAYONA-JD SUMINISTROS	se presentó memorial solicitando terminación por

				MEDICOS	pago total de la obligación
3001310300420130034200	Ejecutivo Singular	Ibagué	Juzgado 4º Civil del Circuito de Ibagué IBAGUÉ	LAVATECSA S.A.	se presentó memorial solicitando terminación por pago total de la obligación
3001402200920140044000	Ejecutivo Singular	Ibagué	Juzgado 9º Civil Municipal	HOSPITECNICA LTDA.	se presentó memorial solicitando terminación por pago total de la obligación
3001333300120130059300	Ejecutivo Singular	Ibagué	Juzgado 1º Administrativo oral del Circuito.	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO LABORAMOS	se presentó memorial solicitando terminación por pago total de la obligación
3001310300120120010500	Ejecutivo Singular	Ibagué	Juzgado 1º Civil del Circuito de Ibagué IBAGUÉ	G.M.O. ASESORIAS Y SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD	Termina ejecutivo acumulado y continua con los otros.
3001333300520130058200	Ejecutivo Singular		Juzgado 5º Administrativo de Ibagué Tolima	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO LABORAMOS	se presentó memorial solicitando terminación por pago total de la obligación
3001333300520130058300	Ejecutivo Singular		Juzgado 5º Administrativo de Ibagué Tolima	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO LABORAMOS	se presentó memorial solicitando terminación por pago total de la obligación
3001310300520130010800	Ejecutivo Singular		Juzgado 5º Civil del Circuito	WELFARE CARE SAS	Se corrió traslado de las excepciones de merito-esta al despacho para resolver
3001310300520130015402	Ejecutivo Singular		Juzgado 5º Civil del Circuito	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PROMEDIS EN LIQUIDACIÓN	Eta de notificación
30011310300520140015000	Ejecutivo Singular		Juzgado 5º Civil del Circuito	JHONEDUAR MONTOYA BAYONA-JD SUMISNISTROS MEDICOS	Los abogados de las partes solicitan fecha para audiencia de conciliación ante el juzgado
30011310500520090086300	Ejecutivo Laboral		Juzgado 5º Civil del Circuito	CLAUDIA JUDITH MARTINEZ CLAROS	Se presentó memorial solicitando terminación por pago total de la obligación.
3001310300320120028300	Ejecutivo Singular		Juzgado 3º Civil del Circuito de Ibagué IBAGUÉ	DISTRIMEDICALS SAS	se presentó memorial solicitando terminación por pago total de la obligación

Respecto a los procesos de repetición

Con corte durante al 31 de diciembre de 2019 se ha llevado al comité de conciliaciones en los siguientes procesos para estudio de viabilidad de acción de repetición; las mismas no se han interpuesto todavía ante la jurisdicción ordinaria pero se encuentran en términos para interponerlas.

MEDIO DE CONTROL	DEMANDANTE	DECISIÓN
Nulidad y Restablecimiento del Derecho	Edwin Efrén Canizalez Barbosa	Presentar demanda de Acción de Repetición
Nulidad y Restablecimiento del Derecho	Maril Ramirez Quevedo	Presentar demanda de Acción de Repetición
Acción de Reparación Directa	Norma Constanza Gómez Martínez y otros	Presentar demanda de Acción de Repetición
Acción de Reparación Directa	Carmen Enelia Cordoba Delgado	Presentar demanda de Acción de Repetición

Respecto al proceso ejecutivo de JHON EDUAR MONTOYA BAYONA-JD SUMINISTROS MEDICOS radicado con el número 73001-310-3005-2014-00150-00

El día 12 de 2019 JD Suministro presenta ante el Hospital Federico Lleras Acosta solicitud de conciliación la cual fue estudiada por el abogado OSCAR DARIO VALLEJO quien rindió concepto ante el comité de Conciliación de la entidad el día 20 de diciembre de 2019 diciendo los miembros del mismo acoger las recomendaciones hechas por el profesional del derecho al compartir el concepto expuesto, en el cual sugiere NO CONCILIA y por lo anterior se continua con el trámite del proceso.

Cartera

Estado de Cartera al 31 de diciembre de 2019

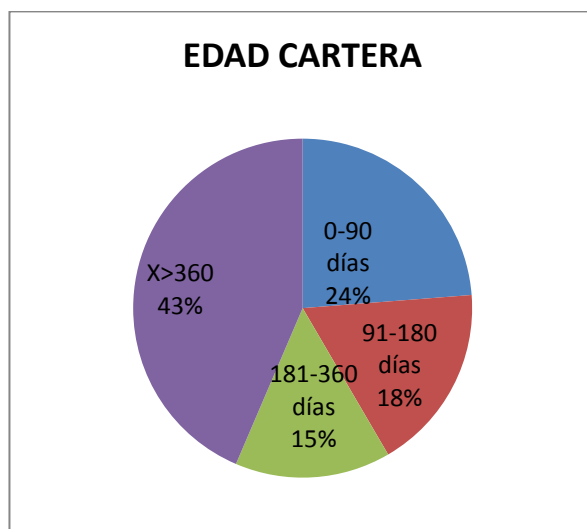
Régimen de aseguramiento	Saldo Cartera \$	% Participación
Régimen subdidiado	81.822.057.294,03	58,73
Régimen contributivo	35.240.665.624,54	25,29
Entes Territoriales	9.266.175.586,29	6,65
Reclamaciones FOSYGA SOAT	5.623.345.968,50	4,04
Aseguradoras SOAT	3.317.023.781,70	2,38
Régimen Especial	1.763.007.943,81	1,27
I.P.S. Privadas	995.950.342,57	0,71
Usuarios	461.016.260,00	0,33
Reclamación Fosyga eventos catastróficos	368.711.974,00	0,26
Entidad Privada	342.209.904,56	0,25
Aseguradoras de vida	87.810.798,00	0,06
I.P.S. Públicas	23.114.131,00	0,02
Regimen Prepagadas	10.164.717,00	0,01
Administradoras de Riesgos Profesionales	1.152.002,99	0,00
Total	139.322.406.328,99	100

Fuente: Oficina de Gestión Comercial y Cartera.

La Oficina de Gestión Comercial y Cartera reporta que el Hospital presenta cuentas por cobrar a diciembre 31 de 2019 por valor de \$139.322.406.328,99 siendo su mayor deudor el régimen subsidiado con \$81.822.057.294,03, que corresponde al 58,73%, que junto con el régimen contributivo alcanzan el 84,02% de la deuda total.

Edad de Cartera

La edad de la cartera al 31 de diciembre de 2019 presenta envejecimiento por entidades liquidadas o que terminan funcionamiento y no hay o calificación de acreencias o presentación de las mismas como sucedió hasta el cuarto trimestre del año con Cafesalud EPS con un valor de \$24.147.128.539



Fuente: Oficina de Gestión Comercial y Cartera.

El 43% de la cartera se encuentra con más de 360 días de mora con valor de \$ 64.564.196.892.

Recaudo.

El recaudo total durante la vigencia 2019 ascendió a la suma de \$ 132.560.309.372 de los cuales el 61% corresponden al recaudo por giro directo por valor de \$81.686.491.961 y el 39% corresponde al recaudo diferente por giro directo a través de tesorerías de entidades, entidades en liquidación, GD Ministerio contributivo, cesión de crédito Gobernación del Tolima por valor de \$51.399.814.565.

Acuerdo de Pagos

Durante el año de 2019 se realizaron 19 acuerdos de pagos por valor de \$34.003.373.417, para un total de acuerdos que van desde el año 2018 a corte de

31 de diciembre de 2019 de \$52.797.855.355 de los cuales han cancelado \$35.408.438.638 con saldo pendiente de \$17.389.416.716.

Por acuerdo de pago por mesas de trabajo por flujo de recursos de la supersalud, del Ministerio de Salud y de la Protección Social y de la gobernación por \$24.079.447.514 de los cuales se han cancelado \$ 14.402.113.584, quedando un saldo de \$9.677.333.930 con corte a 31 de diciembre de 2019.

Plan anticorrupción

Se elabora cada año y se debe publicar en la página web a más tardar al 31 de enero de cada vigencia. Para el 2019 se elaboró el documento y se hizo la respectiva publicación. El seguimiento se realiza cada cuatro meses y la evaluación se debe subir a la página del hospital antes del décimo día hábil posterior al cuatrimestre vencido. Los cargue se realizaron correspondientemente.

SIHO

Se coordinó el cargue de información del Decreto 780 de 2016 del Ministerio de salud y de la Protección Social, correspondiente al año 2019.

Gestión del Riesgo

Se realizó en el primer trimestre de 2019 la programación de las acciones de gestión del Riesgo conforme a la metodología anterior. Se construyó el manual de gestión del riesgo conforme a la nueva metodología y se realizó el proceso de implementación con todas las áreas del hospital.

Venta Limonar

El Convenio Administrativo No 032 de 2017 con Central de Inversiones CISA S.A. abrió convocatoria para la venta del inmueble sin presentarse proponentes, encontrándose el convenio en proceso de liquidación.

La Gerencia desarrolla diferentes escenarios de uso del inmueble que serán presentadas a la Junta Directa para la toma de decisiones; La Junta Directiva toma la decisión de no vender el Limonar, por cuanto es además reclasificado nuevamente toda la sede (Terreno e Infraestructura) a la Cuenta de Activos Fijos.

Conclusiones y Recomendaciones.

- Se recomienda intensificar la socialización del Código de Integridad a las áreas restantes iniciar con las actividades siguientes para el cumplimiento del cronograma del Plan de Acción para la implementación del Código de Integridad.
- Se debe continuar con las actividades por realizar para la aprobación del total de documentos del Sistema de Gestión.
- Se recomienda realizar una evaluación pormenorizada del estado de los proyectos, con el fin de determinar y gestionar las acciones requeridas para sus ejecuciones.
- Es de resaltar nuevamente el compromiso de los funcionarios con el manejo de los riesgos identificados en la entidad que como resultado no se han materializado ninguno.
- Se recomienda aplicar y desarrollar el Decreto 28751 de 2013 “Planes Estratégicos de Seguridad Vial” por ser de obligatorio cumplimiento.
- Se recomienda efectuar plan de mejoramiento para la reducción de porcentajes de las quejas y reclamos de los usuarios presentados mediante los mecanismos de atención al usuario.
- Se recomienda incentivar a las dependencias para lograr un alto porcentaje de cumplimiento del POA 2019.
- Efectuar las acciones jurídicas pertinentes y oportunas para la defensa en los procesos instaurados contra el HFLLA a fin de disminuir los montos pretendidos por los demandantes y así no afectar enormemente las finanzas de la entidad.
- Se reconoce las acciones de recaudo y se incentiva a continuar con ellas y en el cobro de cartera de más 360 días de vencimiento realizar las actividades pertinentes para su cancelación para lograr finanzas sanas que permitan el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Se recomienda seguir teniendo especial atención ante los juzgados de los procesos No. 3001310300420130004000 y 3001310300520140015000 de JE Suministros Médicos y si existiese alguna propuesta de conciliación esta se hiciese ante juez de la República y por el total de capital sin intereses.

Ibagué, Enero 31 de 2020.



Diego Fernando Guzmán García
Jefe de Oficina de Control Interno
Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E