



INFORME PORMENORIZADO CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA – IBAGUE, TOLIMA ESE.

INFORME DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011, Art. 9

Jefe de Oficina de Control Interno:

DIEGO FERNANDO GUZMAN GARCIA

Período Evaluado: Noviembre de 2.017 hasta Febrero de 2.017

Fecha de elaboración: Marzo 12 de 2.018

Según del Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017, se establece la actualización del MECI, a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento, dicho manual operativo establece la nueva estructura del MECI que se fundamenta en cinco componentes a saber: 1. Ambiente de control, 2. Administración del riesgo, 3. Actividades de control, 4. Información y comunicación, 5. Actividades de monitoreo; esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo esta una tarea exclusiva de la oficina de Control interno: 1. Línea estratégica, conformada por la alta dirección y el equipo directivo; 2. Primera línea, conformada por el gerente público y los líderes del proceso; 3. Segunda línea, conformada por servidores responsables del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (Jefes de Planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comité de riesgos, de contratación, entre otros); y 4. Tercera línea, conformada por la oficina de Control Interno.

La Función Pública a través del Departamento de Gestión y Desempeño Institucional, envió para el diligenciamiento el aplicativo FURAG II (Formulario Único de Reportes de Avances de la Gestión), que permitirá definir la línea base para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), a partir de la cual podrá establecer acciones concretas y efectivas orientadas a mejorar la Gestión y será una articulación entre el Sistema de Gestión y el Sistema de Control Interno.

De todas formas, aun la función pública no ha determinado desde cuando se empiece a aplicar el nuevo modelo MIPG, sin embargo por parte de Control interno ha adelantado las siguientes acciones el presente año 2.018:

- Mediante resolución número 1330 de 04 de Febrero de 2018, fue creado el **Comité de Coordinación de Control Interno**. El cual tuvo lugar la última reunión el día 22 de Enero de 2017, en cual se aprobó el código de ética del auditor, el estatuto de auditoria interna y el plan de Auditorias de la Oficina y el cual fue creado de acuerdo al Decreto 648 de 2017.
- CI-MN-001 **Estatuto de Auditoria Interna** el cual fue aprobado en el comité de Coordinación de control interno el 22 de enero de 2017 y el cual se encuentra, firmado, documentado y socializado por la Oficina de Control interno el día 24 de Enero de 2018
- CI-MN-002 **Código de Ética del Auditor** el cual fue aprobado en el comité de Coordinación de control interno el 22 de enero de 2017 y el cual se encuentra, firmado, documentado y socializado

por la Oficina de Control interno el día 24 de Enero de 2018.

Por parte de la oficina de Planeación, ya tiene un cronograma y plan de trabajo para el año 2.018 para la implementación de MIPG y proyecto la Resolución interna No.251 del 05 de Febrero de 2018, donde se creó el **Comité Institucional de Gestión y Desempeño**, con base en los lineamientos del decreto 1499 de 2017 y el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Por medio de correo electrónico se citó la primera reunión el día 01 de Marzo de 2018 para establecer la Hoja de vida del comité y plan de trabajo del mismo.

1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION

Avances

Uno de los principales objetivos de este, es introducir en la cultura organizacional, el control a la gestion en los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluacion.

1.1- Componente de talento Humano.

- El Hospital Federico Lleras Acosta lo componen a Dic. 31 de 2.017; 946 funcionarios, de los cuales 183 son Administrativos y 763 son asistenciales.
- La nómina del mismo está dividida en funcionarios de Planta definitiva que cuenta con 312 funcionarios, la Planta Temporal con 588 funcionarios y, supernumerarios 46 que terminaron por el número de novedades (licencias, permisos, maternas, reemplazos de funcionarios enfermos, etc.). El valor en Miles de \$ del total de la planta durante el año 2.017 fue de \$ 44.407.
- En lo Administrativo, el área de Talento Humano es de resaltar que el monto de la deuda por salarios ha disminuido a \$2.804 Milis. que se refiere principalmente a la nómina del mes anterior la cual se paga antes del 15 del mes siguiente apalancada con el giro directo, aunque la deuda a contratistas directos sigue en aumento; además es preocupante los montos de las deudas por aportes en seguridad social y parafiscales con los agravantes de demandas por el no pago de aportes en ARP de algunos funcionarios retirados y por incremento de 6 puntos a servidores del área de Imagenología por más de 5 años, a los cuales no se les pago aportes por ese incremento.
- Se elaboró la calificación del 10% propio de la Oficina de Control Interno, de la evaluación de desempeño a 17 áreas, teniendo en cuenta el cumplimiento de los objetivos institucionales, el Plan Operativo anual y el mapa de riesgos de cada área.

1.2.- Componente Direccionamiento Estratégico:

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. cuenta con un Plan de Desarrollo 2016 – 2020; documento PC-PG-003, publicado en la WEB, donde incluye en una parte la Misión, Visión, Principios, valores y las políticas institucionales; por otra parte los objetivos estratégicos que lo conforman la Auto sostenibilidad Administrativa y Financiera, El Fortalecimiento de los Servicios de Alta Complejidad, la Cultura Organizacional, El Hospital Universitario y el Sistema de Gestion Integral; Cada objetivo estratégico tiene su plan de acción y todos los procesos tienen su plan operativo anual (POA) y mapa de riesgos.



El jefe de Control Interno efectúa un análisis detallado del Estado de Actividad Financiera Económica Social y Ambiental (Resultados) Operacional por el periodo comprendido entre Enero 1 y Diciembre 31 (Sin cierre definitivo, extraído del software Dinámica el 9 de Enero/18) de 2.017 toda vez que presenta una Utilidad Neta del ejercicio de \$ 19.074 Milis. que se traduce inicialmente en una Pérdida Operativa de \$14.887 Mlls. sin tener en cuenta las transferencias, las recuperaciones de cartera y otros ingresos extraordinarios; El Resultado final Operativo presenta una Utilidad de \$11.671 Milis. por el efecto de las Provisiones de cartera, Provisiones para contingencias de demandas, Depreciaciones, perdida en retiro de activos y gastos de ejercicios anteriores.

El ejercicio del presente año presenta utilidades a Diciembre 31 por valor de \$15.359 Mlls principalmente por los ingresos no operacionales extraordinarios por recuperación de cartera de años anteriores por suma superior a los \$18.817 Mlls. y transferencias por más de \$5.675 Mlls. Es decir la pérdida operativa es mayor de \$9.400 Mlls y se debe principalmente a las provisiones y Depreciaciones por valor superior a los \$15.256 Mlls.

1.3 Componente de Administración de Riesgo:

El componente de Administración del Riesgo permite a la Entidad identificar, evaluar y gestionar los eventos negativos internos y externos de la institución, por lo que hospital realizo el análisis de los riesgos con los diferentes líderes de los 16 procesos caracterizados; se establecieron un total de 72 riesgos y 241 acciones con seguimiento permanente y autoevaluaciones; de los cuales 47 es decir el 65% corresponden a riesgos de gestion y los restantes 25 o es decir el 35% corresponden a riesgos de corrupción, los cuales dada su condición especial o de vulnerabilidad requieren ser identificados y manejados de forma independiente, por lo que hacen parte de un componente específico en el Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, (Decreto 124 de Enero/2016) definiendo los riesgos residuales y las acciones propuestas para evitar la posible materialización del mismo. Los riesgos residuales establecidos en cada uno de los procesos fueron clasificados como de gestión y de corrupción siendo estos últimos incorporados en el plan anticorrupción definido para la vigencia y publicado en la página web del hospital. De igual forma los riesgos residuales que de acuerdo a su valoración se encuentren en zona de riesgo alta y extrema o que fueran clasificados como de corrupción fueron consolidados en la matriz de riesgos institucional.

2. Modulo de Control de Evaluación y Seguimiento

Este módulo permite valorar en forma permanente la efectividad de Control Interno de los puestos de trabajo y de la entidad pública la eficiencia y eficacia de los procesos, el nivel de ejecución de los Planes, Proyectos y Programas y los resultados de la gestión; es importante registrar que para la fecha del informe, la oficina de control solo cuenta con el jefe de Oficina y dos técnicos operativos con los que no se alcanza hacer un efectivo control a toda la Entidad, conociendo que el área anteriormente contaba adicionalmente con dos profesionales, uno en ciencias económicas y otro en el área de la salud, se continua con esta observación.

En lo Financiero, área de Contabilidad, el Revisor Fiscal y para el caso por estar intervenido, el Contralor Designado sigue presentando dictamen con salvedades debido a falta de razonabilidad en algunos



rubros de los Estados Financieros por falta de depuración, ejm de cartera, de pasivos, de inventarios y de activos fijos, situación que se ha venido adelantando por parte de esta oficina y se espera elaborar varios comités de depuración contable para inicios del años 2.018; en el Área de facturación los días de rotación de cartera esta en 610 días, demasiado alta; por último la utilidad a Dic/17 supera el valor de \$19.000 Mlls. con un balance de prueba a Enero 9/18 sin ajustes, provisiones y reclasificaciones de acuerdo al nuevo marco normativo. (NIIF).

En lo Jurídico, el área de compras es rescatable el porcentaje de plan de compras aprobado que va en el 95% y en defensa judicial se tiene el 100% de los proceso judiciales contestados dentro del término legal.

En lo Técnico científico, área de Habilitación, no está cumpliendo con el indicador el cual arroja un 79,34% del cumplimiento de los requisitos y la meta es del 100%, así mismo el porcentaje de ocupación de urgencias y de estancias superiores a 24 horas en urgencias, tampoco cumplen con la meta, el Hospital ha contratado un Urgenciologo con el cual se espera que para Diciembre sea el que ayude a evolucionar los casos, dando salido u internando a los pacientes y mejorar así la atención y el indicador.; en el área de Seguridad Clínica se espera un 100% de adherencia a guías prioritarios de maternidad, atención de parto , asfisia perinatal y a la fecha solo va el 82,04% , es de resaltar que el % de adherencia al manual de buenas prácticas de esterilización está en el 99,38%.

En el Servicio, área del servicio al cliente el porcentaje de satisfaccion de los usuarios es del 99,38% y en el área de Mercadeo sección facturación, en el mes de Septiembre sumo \$8.966, valor muy cercano a la meta.

2.1 Auditoria Interna

Socialización a la Alta Dirección del (programa) Plan Anual de Auditoria 2.018, para sus respectivos aportes y aprobación.

Se realizaron los siguientes seguimientos en el último cuatrimestre: Costos, Contratos, Mantenimiento, Jurídica, contratación SECOP, inventarios, actas de entrega de mantenimiento varias, unidad funcional de servicio ambulatorio; seguimientos al Plan de Riesgos, y; seguimiento al Plan Operativo Anual.

Asistencia y apoyo en los comités Directivos, Comité de depuración contable, Comité Hospitalario de Emergencia, Comité de conciliaciones y de acciones de repetición, Comité de gobierno en línea, comité de compras.

Se hizo seguimiento constate a la elaboración del inventario Físico y de productos vencidos, y; a los resultados de la operación Financiera.

Se elaboró resolución No. 3432 de Septiembre 29 de 2.017 Del HFLLA E.S.E. en el cual se adopta la evaluacion de gestion por áreas o dependencias con peso porcentual del 10%; y se apoyó en la elaboración de la resolución No.4453 de Noviembre 29 de 2.017 donde ser crea el comité institucional de coordinación de control interno del HFLLA E.S.E.



Revision Semestral Plan de mejoramiento contraloría Departamental.

Se capacito en MECI en las áreas de Inventarios, mantenimiento y cartera.

Se diligencio las nuevas herramientas de planeación y Gestion Fusionadas con el Control Interno de la Entidad; FURAG y MIPG.

Se elaboró el borrador del Manual de Auditoria y código de ética del Auditor, los cuales serán sometidos a consideración en las reuniones de los comités de coordinación institucional de control interno de la Entidad para conocimiento del personal, luego socialización, aprobación y posterior adopción.

Informe ejecutivo anual del estado de Control Interno.

En Enero de 2.018 se evaluó cada una de las áreas, para efectos del 10% de calificación que debe dar la Oficina de Control Interno para la evaluación por dependencias, la cual se basó en la autoevaluación de la Dependencia elaborada por los dueños de los procesos con un porcentaje del 33% principalmente basado en los objetivos de la misma, otro 33% por la evaluación de los mapas de riesgos y, el último 33% por la ejecución del Plan operativo anual.

En Febrero de 2.018 se elaboró el chip de Control Interno Contable.

2.2 Componente Plan de Mejoramiento

Se recibieron los planes de mejoramiento de las dependencias de Urgencias, Talento Humano, Tecnología de la información, farmacia e inventarios y jurídica; y, almacén y servicios ambulatorios y de apoyo a la atención; estos dos últimos no llegaron en el formato establecido.

3.- Eje Transversal Información y Comunicación

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. adelantó el proyecto de la instalación del cableado estructurado y Data center, el cual se está implementando para colocar en marcha el sistema y su estabilización.

La información de la página web ha sido actualizada pero debe articularse con los requerimientos del comité de Gobierno en Línea. No se ha realizado hasta la fecha por parte de los responsables de los procesos.

El Hospital estableció directrices claras para el manejo documental de tal manera que no exista la posibilidad de manipulación sobre la recepción, despacho y distribución. Se recomienda implementar una aplicación automatizada para el próximo año. Se mantiene la observación, por otra parte las tablas de retención documental deben ser incluidas en la última versión del sistema de gestion documental.

Existen falencias en la información por interface con algunos procesos, para dar cumplimiento con las conciliaciones en el proceso contable, principalmente en el módulo de almacén.



El Hospital cuenta con medios de comunicación permanentes como el Intranet, internet, Spak, carteleras, buzón de sugerencias entre otros.

El Hospital tiene adelantado para colocar en marcha el sistema y estabilización, al igual que la instalación del cableado estructurado y Datacenter.

Implementación del módulo de quejas y reclamos por el software dinámica gerencial, de tal forma que cada dueño de proceso puede gestionar de manera individual la queja y tramitar la respuesta por el modulo.; se espera que en el mes de Agosto se hará mediciones en el módulo de quejas y reclamos.

Se piensa implementar el sistema en línea de solicitud de citas via WEB, situación que descongestionaría en gran parte el Hospital y ahorraría muchos tiempo y recursos al hospital.

Por otra parte en el seguimiento e implementación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, se han elaborada sendas reuniones para apostarle a la simplificación den la entrega de exámenes de laboratorio y de imágenes, par a hacer vía WEB. Este proceso apenas empieza.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Se puede Certificar que el Sistema de control interno se mantiene en todos los procesos, además que el Sistema de Administración de gestion del riesgo y su mitigación definidos por las políticas de la Alta Dirección permite a la Entidad garantizar de manera razonable la consecución de los objetivos a nivel estratégico, misional, de información y de cumplimiento; no obstante se identificaron oportunidades de mejora orientadas a las mejores prácticas en algunos de los procesos y que dada su importancia requieren de un mayor acompañamiento, atención y seguimiento con los planes de mejora.

El Sistema de Control Interno continua con el compromiso de la Alta Dirección del Hospital, disponiendo de los recursos físicos, económicos, tecnológicos, de infraestructura y de talento humano, (aunque este último tiene una falencia por la necesidad de un profesional en el área económica el cual ha sido solicitado por el jefe de la oficina de control interno) para el fortalecimiento continuo y permanente del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) el cual se encuentran implementados en todos sus elementos conforme a las evidencias recopiladas y obtenidas a través de documentos como manuales, procedimientos, instructivos, actas, matrices, informes, indicadores, fotos, etc.

Por otra parte, el Sistema de Control Interno esta como apoyo a los planes de mejoramiento de los Entes Externos y da herramientas de Control a la Administración siendo parte del 10% de la Evaluacion de desempeño de los funcionarios de carrera basados en el autocontrol, Planes Operativos Anuales y Gestion del Riesgo.

La estructura organizacional e implementación del sistema de Calidad de manera integral, permite ofrecer a la comunidad servicios de salud que permitan la satisfaccion del Usuario de manera oportuna, de Calidad y continua, y se han formulado acciones de mejora como resultado de las auditorías realizadas por la oficina de control Interno, sin embargo la cultura de autocontrol y manejo de políticas se debe fortalecer, así mismo el desequilibrio financiero actual, principalmente por la continua



contravención a las Normas y leyes de agentes externos como algunas EPS para el pago oportuno de la cartera que afecta el logro de los objetivos y metas en los procesos de la Entidad Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.

Es importante mencionar el Decreto 1499 de 2017 y el 648 del mismo año emitido por la función pública donde adopta el nuevo esquema y manual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el cual se requiere adelantar acciones de socialización, capacitación, implementación de los componentes de Gestión del conocimiento, y fortalecer la gestión y administración de riesgos, así como fortalecer la cultura de control, y en especial lo relacionado con los valores, transparencia y código de ética.

El nuevo Manual del MIPG lo componen: El ambiente de Control, La Administración del Riesgo, Las Actividades de Control, La información y Comunicación y, Las Actividades de Monitoreo, y lo segrega en cuatro líneas de defensa a saber: La línea estratégica compuesta por la Alta Dirección, La primera línea de defensa compuesta por el Gerente (Agente Interventor Especial) y los líderes de los procesos; La segunda línea de defensa compuesta por el Jefe de Planeación y los supervisores de los Contratos y la tercera y última línea de defensa la compone La Oficina de Control Interno.

El decreto 648 de 2017 Modifica el Reglamento Único de la Función Pública (RUFFP) en lo referente a las nuevas obligaciones del Jefe de Control Interno.

Por último, y, de acuerdo a las instrucciones de la Función pública, hace parte integral del presente informe se presenta el informe pormenorizado de control interno, sobre la gestión realizada en el Hospital Federico Lleras Acosta E.S:E. a 28 de febrero de 2018, en cumplimiento del artículo 9 de la ley 1474 de 2011 y el decreto 1499 de 2017, bajo el cual se establece la implementación del Modelo integrado de planeación y gestión. Modelo que integra el sistema de desarrollo administrativo y el sistema de gestión de calidad, definiéndolo en un solo sistema de gestión, el cual se articula con el sistema de control interno.

En atención a que la estructura del modelo integrado de planeación y gestión se encuentra estructurado en 7 dimensiones y 16 políticas, se reporta como avance en la implementación lo siguiente:

-Como avance en la implementación de las 7 dimensiones y las 16 políticas se reporta el anexo al informe.

RECOMENDACIONES

- De acuerdo al avance en el procedimiento de talento humano y documentos aprobados, se recomienda gestionar la aprobación de cinco formatos y unos instructivos pendientes en la oficina de Planeación y Calidad.
- Se recomienda continuar con la verificación de hojas de vida, especialmente con las certificaciones de actualización de vacunas y socialización del código de ética.
- Con el fin de disminuir la tasa de accidentalidad del personal asistencial, específicamente de enfermería y con ello disminuir la deserción laboral, Los responsables del proceso de Gestión y seguridad en el trabajo recomendó la adquisición del conector libre de aguja que evita que el personal tenga contacto con las mismas.

- Por ser orden de la Alta Dirección y como una de las metas importantes del PGIR, y para el mejoramiento de la liquidez se recomienda acelerar la gestión para la venta del inmueble del Limonar de propiedad del Hospital avaluado por \$65.401 Mlls.
- Se recomienda agilizar la ejecución de \$976 Mlls. de recursos del Ministerio de Salud para la instalación de paneles solares y tanques de almacenamiento de agua sobre los edificios A y B para el calentamiento de agua a los pacientes y la adquisición de dos autoclaves autónomas para el servicio de esterilización.
- Por otra parte se recomienda hacer seguimiento a los proyectos ya realizados por la oficina de Planeación en Junio de 2.017, revisados y ajustados por la Alta Dirección y la Gobernación y radicados en Planeación Nacional para dotación y reposiciones de equipos de urgencias, reposición de instrumental médico y proyecto de normalización de la red eléctrica, igualmente la adquisición del acelerador lineal y equipos de resonancia magnética y hemodinámica que permitirá una favorable y mayor facturación del Hospital, seguro con mayor rentabilidad y cobertura en servicios permitiendo según proyecciones una futura rentabilidad.
- Se recomienda seguir revisando los indicadores de Gestión y los solicitados por el aplicativo Fenix de la Super Salud en los comités Directivos para asignar tareas y metas a los responsables de cada área.
- Respecto a los cumplimientos de las entregas de soportes y evidencias del Plan Operativo Anual por parte de las áreas, se recomienda al área jurídica presentarlos pues su ejecución es de baja, toda vez que han pasado en el presente año tres jefes de esta oficina y seguramente esta alta rotación puede ser una consecuencia de descoordinación en la entrega de informes.
- Se recomienda tomar medidas jurídicas más drásticas con las EPS deudoras, respetando el debido proceso del cobro pre jurídico y jurídico, teniendo en cuenta que la rotación de cartera ha aumentado y se encuentra en 610 días de rotación, además que algunos de los clientes del Hospital no han mostrado voluntad de pago a pesar de las citaciones conjuntas que ha convocado la Super Salud y toda la disposición de conciliación con innumerables soportes (contratos, Facturas, anexos, glosas, etc) presentadas por parte del Hospital.
- Se recomienda enviar los soportes de las acciones a las observaciones de los riesgos por la información contable y financiera razonable, además de las conciliaciones con las otras áreas como almacén, inventarios, facturación; y la depuración de las cuentas de los Estados Financieros, toda vez que los mismos siguen siendo firmados con salvedad por parte del Contralor (Revisor Fiscal en condiciones de no intervención).
- Se recomienda trabajar en el sistema dinámica para el aplicativo de costos, toda vez que actualmente se realiza con hojas electrónicas y de alguna forma de modo manual.
- Para disminuir el riesgo por recepción de medicamentos y dispositivos médicos sin el cumplimiento de las especificaciones técnicas y las de Calidad, el servicio farmacéutico recomendó un plan de mantenimiento de calibración de termómetros y termohigírometros.

- Con el fin de administrar el riesgo por la falta de seguridad en la custodia y la organización del archivo, los responsables del proceso de Gestión documental, deben elaborar un proyecto y hacer una propuesta para contratar la adecuación y el plan de emergencias de las áreas de archivo, de acuerdo a las políticas ya revisadas por Planeación y aprobadas por la Alta Dirección.
- Se recomienda a los responsables del proceso de internación médica, enviar los soportes de las rondas de seguridad por los servicios y de la evidencia soporte de la acción sobre la medida de la utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal en el grupo de médicos asistenciales, lo anterior para la disminución de riesgos por ocurrencia de eventos adversos e incidentes la primera y la segunda para disminución de riesgos por política interna de humanización en el servicio del paciente.
- Se recomienda a los responsables del proceso de servicio ambulatorio socializar los protocolos en el servicio de rehabilitación referente al posible riesgo por el incumplimiento de la normatividad vigente en la prestación del servicio con base en los estándares de habilitación.
- Para los responsables del proceso de tecnología de la información deben hacer seguimiento de la implementación de la historia clínica electrónica y la utilización de las pistolas que leen el código de barras, así mismo los soportes para actualizar el plan de recuperación del sistema y plan de continuidad del mismo.
- Se recomienda a los responsables del proceso de Urgencias hacer o enviar soportes sobre las gestiones realizadas con la super salud, para la descongestión de pacientes los cuales tienen estancias superiores de 24 horas y para disminuir el riesgo por falta de continuidad e integralidad en la prestación del servicio referente al trámite de ayudas diagnósticas por la no oportunidad de respuestas de las EPS a las necesidades de los usuarios para ubicarlos en IPS de mayor complejidad o que por la capacidad instalada no es posible atender, y soporte mensual de la acción al cruet de los códigos mensuales.
- Se recomienda disminuir el monto de las deudas de proveedores que ha venido aumentando y la conciliación, depuración y cuantificación real de las deudas por aportes en seguridad social y parafiscal, toda vez que hay y posiblemente llegaran más demandas por aportes no pagado.
- En lo técnico científico se recomienda mejorar el cumplimiento de los requisitos para la habilitación de servicios en cual se encuentra en un 84,26%.
- Se recomienda al área de talento humano y Seguridad y Salud en el trabajo, revisar la tasa de ausentismo por enfermedad general que se encuentra en este momento en el 25,18 %, bastante alta y si es el caso elaborar un plan de contingencia y hacer campañas de seguimiento y prevención epidemiológica para tratar de disminuir esta tasa. Continúa esta observación.
- Se recomienda continuar con los comités de depuración contable de cartera y de pasivos con el apoyo de la oficina jurídica, de esa forma se ha podido revisar fichas de cartera, aprobar algunas y otras no, adicionalmente recomendamos que algunas de las mismas fueran a comité de conciliaciones y si fuese el caso a acciones de repetición contra servidores o ex servidores públicos del Hospital, además empezar con los comités de depuración contable de farmacia y

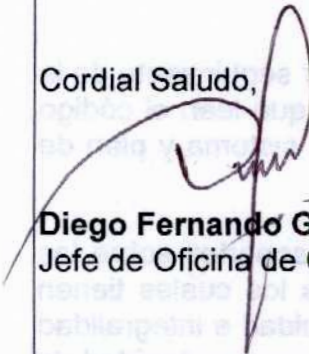


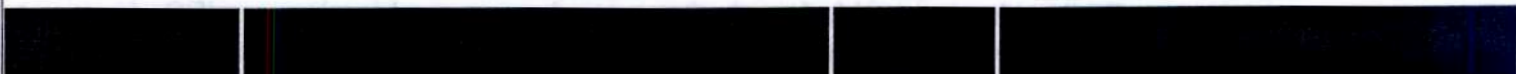


almacén y de Activos Fijos.

- Se recomienda dar respuesta al informe OCI-028 del 18-08-17 de la auditoría al contrato de mantenimiento de las UPS, así mismo revisión del plan de mantenimiento a los equipos del Hospital, con revisión de la carpeta de cada equipo actualizada, que contenga los registros de la fecha y que acciones de mantenimiento le hacen a cada equipo; por otra parte que los equipos estén debidamente registrados en el módulo de activos fijos. Continúa esta observación.
- Se recomienda Evaluar mediante seguimiento los procesos Judiciales que afectan la situación financiera del Hospital y que en el caso de la elaboración de se debe incluir en las obligaciones contractuales la aplicación y adaptación de MECI Decreto 943 de 2014. Se mantiene esta recomendación.
- Se recomienda continuar con la política de cero papel y la automatización de procesos.

Cordial Saludo,


Diego Fernando Guzmán García
Jefe de Oficina de Control Interno



Se recomienda disminuir el monto de las deudas de proveedores que ha venido aumentando y la conciliación y cuantificación real de las deudas por aportes en seguridad social y para el fondo de pensión, para lo cual se recomienda realizar más demandas por aportes no pagados.

En la revisión se recomienda mejorar el cumplimiento de los requisitos para la prestación de servicios en cual se encuentra en un 84.28%.

Se recomienda al área de talento humano y seguridad y salud en el trabajo, revisar la tasa de ausentismo por enfermedad general que se encuentra en este momento en el 25.19 %; bastando con el apoyo en el plan de contingencia y hacer campañas de seguimiento y prevención epidemiológica para tratar de disminuir esta tasa. Continúa esta observación.

Se recomienda continuar con los comités de depuración contable de cuentas y de pasivos con el apoyo de la oficina jurídica de esa forma se ha podido revisar cifras de cuentas, aportar algunas y otras no adicionalmente recomendamos que algunas de las mismas fueran a comité de depuración y si fuera el caso a acciones de depuración contra servidores o ex servidores del Hospital además trabajar con los comités de depuración contable de facturas y



INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO

DIMENSION ASPECT	TALENTO HUMANO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	CONTROL INTERNO
Responsables asignados	El jefe de la Oficina de Planeación y Calidad cita e instala el Comité Institucional de Gestión y desempeño el cual fue creado mediante Resolución interno número 0251 del 5 de Febrero de 2.018 que establece entre otros aspectos reuniones ordinarias trimestralmente, sin embargo, se aclara que pueden programarse reuniones extraordinarias puntuales para la implementación del modelo en donde la responsabilidad de solicitar reunión es de cada uno de los líderes de las áreas en desarrollo de las políticas del MIPG.						
Autodiagnóstico: como avance se registra el diligenciamiento de la matriz de las políticas de MIPG, asociadas a las respectivas dimensiones.	Matriz diligenciada: Gestión del Talento Humano y de integridad.	Matriz diligenciada: Direccionamiento y planeación, plan anticorrupción.	Matriz diligenciada: Gestión presupuestal, (defensa jurídica, servicio al ciudadano, trámites,	Matriz diligenciada: Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Matriz diligenciada: Transparencia y acceso a la información.	Matriz diligenciada: Gestión del conocimiento	Matriz diligenciada: Control interno.
Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas.	La Función Pública no establece fechas para la implementación, pero ya se elaboró la hoja de vida del comité institucional, el cual fue aprobado por los asistentes según acta No. 001 de Marzo 1 de 2.018.						
DIMENSION	TALENTO HUMANO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	CONTROL INTERNO

<p>Cronograma para la implementación</p>	<p>La Función Pública no establece fechas para la implementación, pero ya se elaboró la hoja de vida del comité institucional, el cual fue aprobado por los asistentes según acta No. 001 de Marzo 1 de 2.018.; el jefe de Planeación presenta un plan de trabajo de Gestión y desempeño MIPG por actividades , socializado en el comité y que empieza desde Marzo con el formulario del autodiagnóstico de la política y termina en Diciembre de 2.018.</p>						
<p>Planes de mejora para implementación o proceso de transición. (Corresponde a los planes de acción de las matrices de diagnóstico diligenciados).</p>	<p>Plan de Mejora: Gestión del Talento Humano y de integridad</p>	<p>Plan de Mejora: Dirección y planeación, plan anticorrupción.</p>	<p>Plan de Mejora: Gestión presupuestal, (defensa jurídica, servicio al ciudadano, trámites,.</p>	<p>Plan de Mejora: Seguimiento y evaluación del desempeño institucional</p>	<p>Plan de Mejora: Transparencia y acceso a la información.</p>	<p>Plan de Mejora: Gestión del Conocimiento.</p>	<p>Plan de Mejora : Control interno.</p>
<p>Otros Avances en implementación de MIPG.</p>	<p>Se encuentra actualizado, aprobado el Código de Ética del Auditor CI-MN-002 y el Estatuto de Auditoría Interna CI-MN-001 de Enero 22 de 2.018, el cual puede consultarse en la oficina de Control Interno y Planeación.</p>						

