



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

Jefe de Oficina de Control Interno:	DIEGO FERNANDO GUZMAN GARCIA	Período Evaluado: Julio hasta Octubre de 2017
		Fecha de elaboración: Diciembre de 2017

1. Modulo de Control de Planeación y Gestión

Dificultad

La oficina de Control Interno está enmarcada dentro de la ley 87 de 1993, en cuanto al ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado Colombiano donde su doble función asesora, de supervisión y control, así mismo, responde a las funciones y responsabilidades en lo que corresponde a la evaluación del cumplimiento de las normas “El jefe de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página Web de la Entidad, un informe pormenorizado del estado de control interno, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”.

El Sistema de Control Interno, además de ser publicado por exigencia de la ley, se constituye en una herramienta de gestión que garantiza de manera razonable la generación de los mejores resultados en términos de calidad y eficiencia. La estructura actual del Sistema de Control Interno está compuesta por el módulo de planeación y gestión, y el módulo de evaluación y seguimiento; los cuales se desarrollan a través de componentes y elementos; así como, por el eje transversal de información y comunicación.

Debido a la expedición 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. Por lo anterior se expedirá una nueva resolución en el mes de Diciembre del presente año, donde además el Jefe de Control Interno deberá desarrollar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del Auditor.

Por último, es importante comunicar que 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.

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 cuenta con un Plan Institucional de Capacitación No. GA-PG-006 publicado en la WEB desde Enero 28 de 2.017 y revisado el corte a 30 de septiembre de 2017 se evidencia que se ha ejecutado el 133,3%. Con 666 funcionarios capacitados.
- Se viene implementado el cambio de cultura y clima organizacional.
- Se está adelantando la medición de clima laboral, mediante una encuesta.
- Se tiene el procedimiento de Gestión del Talento Humano y los documentos aprobados, se tiene pendiente 5 formatos y 1 instructivo y se está actualizando el avance.
- Se han recibido 100 % de evaluaciones del desempeño correspondientes al periodo 1 de febrero de 2016 a 31 de enero de 2017.
- Se ha realizado la verificación en el momento de la vinculación al 100% de las hojas de vida de planta temporal demostrando un avance en la verificación de títulos de la planta temporal del 84% y de la planta definitiva después de la revision de la hojas de vida, se verifica que el 97% cuenta con verificación de títulos, lamentablemente con actualización de vacunas, actas de compromiso y socialización del código de ética el 21%.
- El manual de Sistema de Gestion y seguridad en el trabajo con los procedimientos Origen de Enfermedad laboral, el de accidentes de trabajo y el manual de gestion de seguridad y salud en el trabajo ya fue revisado en Planeación, aprobado y publicado. El informe de la accidentalidad del cuatrimestre arroja 33 accidentes de trabajo en un total de planta de 949 trabajadores (planta, planta temporal y supernumerarios), la tasa de accidentalidad cierra con 3 de cada 100 funcionarios; es importante resaltar que el mayor número de accidentes es para trabajadores del área de la salud y específicamente en auxiliares de enfermería (22) y el sitio de mayor concentración se da en urgencias (6), se recomienda en el proceso de administración de medicamentos la adquisición del conector libre de aguja que evita que el personal asistencial tenga contacto con las mismas, así mismo re encapuchar las agujas en la tapa adherida al buretol evitando la exposición al riesgo biológico ; El número de funcionarios que presentaron algún tipo de incapacidad (en días perdidos) arroja la siguiente estadística: enfermedad general 29, enfermedad laboral 7, maternidad y paternidad 44,3 días.
- Referente al Plan Institucional de Capacitación en el Último cuatrimestre se elaboraron 10 eventos capacitando a 254 funcionarios, se hizo la jornada de re inducción con la presencia de 161 funcionarios donde en la agenda Control Interno motivo sobre la importancia y continuar con la implementación del MECI enfatizando la mejora continua y conociendo que en su estructura otro modelo de planeación y gestion; así mismo capacitaciones sobre interventoría de contratos, registro nacional de base de datos, las ultimas normatividades en seguridad social UGPP y el nuevo modelo integrado de planeación y gestion para entidades públicas MIPG. En total del año se han realizado 21 capacitaciones de las 15 programadas por el PIC con ejecución del 140%, y en su mayoría ha sido sin costo alguno y con personal del Hospital, pues la ejecución presupuestal en términos económicos va en \$6.318.500 correspondiente al 35,10% muy por



debajo del valor asignado registrado en presupuesto por \$18.000.000.

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.

Frente a la Planeación y Elaboración de Planes, Programas y Proyectos, se encuentra documentado la primera versión del Plan de Ordenamiento físico del Hospital elaborado donde se encuentra inmerso el Plan Bienal 2016-2017:

Se ha actualizado la Pagina Web de Hospital y en el icono Institucional se denota la Misión y Visión del Hospital, así mismo el mapa de procesos con una última actualización en Julio/16 donde enuncian los 16 procesos; entre Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluacion; lamentablemente no se encuentra actualizado en la WEB, las políticas de calidad, ni las políticas institucionales; continua esta observación. Algunos de los proyectos presentados por el Hospital no han terminado de ser viabilizados por el Departamento o la Nación o se han iniciado de conformidad con el informe del plan Bienal es importante hacer seguimiento para la consecución de los recursos vía Fonsaet, regalías o con el Departamento del Tolima.

El proyecto de Reordenamiento y reforzamiento de la Sede el Limonar no fue aprobado por falta de recursos y capital de trabajo, además por la decisión en Junta Directiva y escalada a la Gobernación del Tolima de venderla por no ser viable Financieramente; Para lo anterior se contrató un a valuador que debe ser de reconocida experiencia técnica (Activos e Inventarios Ltda, Rodrigo Echeverry) la cual estimo el valor de venta en \$65.401 Mlls. por otra parte se están haciendo gestiones con Central de Inversiones (CISA) para estudiar la posibilidad de entregarle el inmueble para la venta, situación que está siendo revisada en las oficinas jurídicas y de planeación, Están para revision los contratos marco e interadministrativo con dicha empresa.

Los proyectos realizados con la metodología MGA elaborados y pendientes de ejecución con recursos del Ministerio de Salud es el de Energía solar para calentamiento de agua para los pacientes y se desarrollara sobre la placa de los edificios A y B, que contempla la instalación de paneles solares y tanques de almacenamiento para la distribución a las habitaciones de los pacientes por \$329 Mlls. y adquisición de dos autoclaves autónomas para el servicio de esterilización por un total de \$658 Mlls., para un total de \$987 Mlls. los cuales están por ejecutar ya asignados \$976 Mlls. y \$11 mlls. de recursos propios; por otra parte el Proyecto de Dotación y reposición de equipos de Urgencias, por valor de \$476 Mlls. que fue radicado en el DNP el 1 de Junio/17; Proyecto de reposición de equipos médicos e instrumental por valor de \$1.400 Mlls. apalancados con fondos del FONSAET en Sept.8/17; Proyecto de normalización de la red eléctrica del Hospital por valor de \$4.136 Mlls. presentado en el mes de Agosto a la Sectaria de salud del Tolima para ser apalancados por el Departamento y por la OCAD (Regalías); Proyecto de mejoramiento del servicio de radioterapia y adquisición de un acelerador lineal por valor de



\$14.951 Mlls. que permitirá la disminución de la mortalidad y la morbilidad por cáncer derivada por secuelas de los tratamientos radiantes de la población que los requiera, ya fue inscrito en el DNP el 30 de Mayo de 2.017 desagregando que \$3.626 Mlls. es para infraestructura y \$11.325 para compra del acelerador lineal; y, por ultimo; Proyecto para la implementación de los servicios de resonancia magnética y hemodinamia por valor de \$9.282 Mlls. ya radicado el 29 de Agosto de 2.017 en el DNP y permite garantizar la continuidad y oportunidad en la atención a los usuarios del Hospital que requieran servicios de resonancia magnética y hemodinamia dentro de sus proceso de atención. Está compuesto con valor de infraestructura para la adecuación por \$1.653 Mlls. y \$7.629 Mlls como valor de la dotación u compra de los equipos.

De los 21 planes operativos formulados para la vigencia de 2.017 y evaluados por Control Interno con corte a Sept. 30 de 2.017 con evidencias, informamos que la oficina asesora jurídica no presenta ni cumple ni un solo objetivo del POA, con ejecución del 0%; se debe dejar constancia que en este periodo de tiempo han existido 3 jefe del área presentando mucha rotación en el cargo; otros procesos como Internación medica, facturación y gestion ambiental se autoevaluaron entre el 40 y el 70% pero no evidenciaron con soportes a pesar de las reiteradas solicitudes por lo que quedan calificados por debajo del 35%; Es importante resaltar los procesos de Docencia e investigación, Seguridad y salud en el trabajo, Gestion documental, compras, gestion comercial y cartera, gestion de talento humano y la oficina de planeación y calidad cuya evaluacion está entre el 75% y 91%. Dejamos la observación que cada superior inmediato revise con las personas que no presentaron la información para identificar las dificultades y tomar los correctivos pertinentes, por cuanto se afecta la integralidad del plan de acción en pro de los objetivos y metas institucionales, adicionalmente y con corte a Diciembre de 2.017, será la radiografía también para la calificación del 10% de la evaluación del Desempeño.

El ejercicio del presente año presenta utilidades a Octubre 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.

Por otra parte la Agente interventora especial y la oficina de gestion comercial y cartera continúan con avances en cuanto a la vigencia y negociación de servicios de salud con importantes contratos en ejecución, ejm: Comparta (\$9.478 Mlls), Medimas subsidiado (\$6.729 Mlls), Asmet Salud (\$5.046 Mlls), medimas contributivo (\$4.448 Mlls), La previsora (\$3.389 Mlls.), Salud Vida (\$3.242 Mlls), Sec. Salud del Tolima (\$3.236 Mlls.), Pijao salud (\$ 1.926 Mlls.), Emcosalud (\$1.816 Mlls), ecoopsos (\$1.781 Mlls.), etc. Por otra parte los avances en cobros de cartera de las EPS intervenidas por la Super salud, y siguiendo los cronogramas de la misma, no son satisfactorias a pesar de las jornadas de pre conciliaciones en su presencia, donde se citan a 9 Entidades prestadoras de salud, solo asisten tres entidades y solo una se compromete a pagar; situación que va en contra vía de las normas y lineamientos de la super y del Ministerio de Salud, al igual que el no cumplimiento por parte de las E.P.S. de la ley 1122 de 2007 art. 13 literal d) referente al giro directo, Por último es importante informar que aunque mejoro el porcentaje de facturación radicada al 98%, los días de rotación de cartera han aumentado ostensiblemente a 610 días, es decir que se recoge cartera casi una año y nueve meses después de facturada dificultando cada dia el tema de liquidez para pago de prestaciones sociales, proveedores y adquisición de inversiones para mayores y más eficientes servicios médicos y de cirugía.



En los comités Directivos son revisados los indicadores de gestión de la plataforma Fenix de la Super salud y colocando planes de mejoramiento con fechas establecidas a los líderes de los procesos.

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 gestión 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.

- Administración de inventarios y Almacén: Dentro de las acciones como la de realizar inventario aleatorio a elementos de consumo y el de generar el reporte de la cuenta fiscal y la conciliación con el área de contabilidad, no se observa soportes en el último cuatrimestre del 2017.
- Compras: El área de compras tiene aprobado el procedimiento y manual de compras, se tiene actualizada la base de datos de los proveedores y se dio inicio al ajuste de la nueva versión con el nuevo software Dinámica.
- Docencia e Investigación: se realizó la socialización del Sistema integrado de Gestión (SIG), se actualizo el reglamento de internado rotatorio, ya está aprobada las políticas de innovación por el comité de Docencia, investigación e innovación.
- Facturación: En cuanto a la generación de información no financiera razonable, se evidencia capacitaciones a los funcionarios del área y requerimientos al proveedor del software por inconvenientes presentados en los Modulos; La oficina de Control Interno no evidencio soportes de los servicios prestados no facturados, tampoco de los servicios prestados y facturados pero no reconocidos por las Entidades y tampoco la acciones por la inoportunidad en los términos de facturación, radicación y de auditoria de cuentas médicas.
- Gestión ambiental y servicios de apoyo logística: Se evidencian soportes del Plan de Gestión de residuos generados por la atención en salud y otras actividades del PGIRHS; además programas, procedimientos, instructivos y formatos aprobados por la oficina de Calidad.
- Control Interno Disciplinario: Se evidencia soportes de correos con la modificación de la tabla de procesos disciplinarios para garantizar el debido proceso, y, para el riesgo por el trámite no oportuno a todo el proceso disciplinario, se evidencia un informe del estado de procesos para tener el control de los mismos.
- Tesorería y pagaduría: Se evidencia la actualización del cronograma de informes, también los correos de tesorería manifestando inconformidades y requisitos a los responsables de la información y solicitud de apoyo a los líderes del sistema dinámica gerencial con los problemas

presentados en el módulos, se argumenta en observaciones que está en desarrollo el instructivo para el manejo de los recursos y el instructivo para el transporte y consignación en bancos de los dineros recaudados en caja y las cámaras en los puntos de recaudo y sensores de movimiento en tesorería.

- Contabilidad: No se evidencia soportes de las acciones y observaciones de los riesgos por la información financiera razonable que deben generar. Lo único que reporta y se evidencia son correos de contabilidad manifestando inconformidades a los líderes del sistema dinámica gerencial.
- Costos: Se evidencia la actualización del cronograma de informes, también los correos de costos manifestando inconformidades y requisitos a los responsables de la información y solicitud de apoyo a los líderes del sistema dinámica gerencial con los problemas presentados en el módulos, se evidencia la socialización de los líderes de costos con cada uno de los coordinadores de las unidades funcionales, haciendo énfasis en la importancia de reportar novedades con el ánimo de realizar una correcta distribución del costo directo e indirecto; por el riesgo de no contar con un sistema de costo como herramienta para la toma de decisiones está en desarrollo actualizar los procedimientos e instructivos en la oficina de Calidad.
- Presupuesto: Se evidencia el informe mensual de seguimiento a la ejecución presupuestal y a los CDP y RP, también el cronograma de informes.
- Epidemiología: Referente al riesgo sobre información generada no conforme con los criterios de calidad, se evidencia la realización de reuniones del comité de IAAS para tratar temas y criterios asociados a la atención en salud SIVIGILA, por otra parte se evidencia listas de chequeo y aplicación en la medición de adherencia de los protocolos de vigilancia epidemiológica, por otra parte referente al riesgo por incumplimiento a las acciones de control y prevención de los eventos de salud pública, con el instructivo BAIS se evidencia la adherencia al mismo y se evidencian los soportes por reuniones del comité de vigilancia epidemiológica.
- Servicio Farmacéutico: Referente al riesgo por recepción de medicamentos y dispositivos médicos sin el cumplimiento de las especificaciones técnicas se realizó la solicitud para ajustar el procedimiento de recepción de medicamento y dispositivos médicos a la realización de auditorías para especificar determinar el cumplimiento de las especificaciones de calidad contratadas.; el riesgo por posible pérdida en la calidad de los medicamentos y al hacer seguimiento hace falta en el plan de mantenimiento la calibración de termómetros y termohigrómetros, por otra parte se evidencia visitas internas de verificación de cumplimiento para la conservación de medicamentos y dispositivos; Referente al riesgo por pérdida de medicamentos y dispositivo, se evidencia soporte de actas de entrega en cada turno de medicamentos de control de alto costo, también acta con la asistencia a sensibilización del código de ética; Referente al riesgo por vencimientos de medicamentos se evidencia soporte del reporte de medicamentos y dispositivos próximos a vencer.
- Gestion comercial: Referente al riesgo por las ventas de salud sin respaldo contractual, se evidencian actas de reunión y elaboración de contratos y otros si acordes a las normas legales; sobre el riesgo por no garantizar el flujo de recursos por la venta de servicios se evidencian acuerdos de pago y conciliaciones financieras y de glosas con algunas entidades; referente al riesgo por no elaboración del plan de mercadeo, se evidencia cronograma de actividades; y , sobre el riesgo por la no difusión del portafolio de servicios se anexa soporte de entrega de los portafolios a las entidades habilitadas del Departamento del Tolima.
- Gestion documental: Referente al riesgo por a falta de continuidad en la gestion de recursos para la adecuada prestación de servicios se evidencia indicadores de seguimiento y evaluacion del

POA, sobre el riesgo falta de seguridad en la gestion de recursos del archivo se encuentra pendiente realizar la propuesta para contratar la adecuación y el plan de emergencias de las áreas de archivo, se evidencia que ya se realizó la política de custodia de archivo.

- Internación medica: Referente al riesgo por inoportunidad en la prestación del servicio en internación se evidencia los informes diarios de entrega de turnos por parte del equipo profesional de enfermería y los requerimientos pertinentes a l servido de farmacia y subgerencia científica, sobre el riesgo por ocurrencia de eventos adversos e incidentes, no se evidencia soportes de rondas de seguridad por los servicios y, referente al riesgo por trato deshumanizado en el servicio, se evidencia que la política interna de humanización del servicio ha sido socializada por parte de recursos humanos y el departamento de enfermería en los proceso de inducción y re inducción. no se evidencia soporte de la acción sobre la medida de utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal en el grupo de médicos asistenciales.
- Salud ocupacional: Referente al riesgo por la falta de continuidad en la gestion de los recursos para la adecuada prestación del servicio se evidencia soporte de la actividad realizada como la socialización del código de ética, y , sobre la acción de actualizar el plan hospitalario de emergencia, se encuentra aprobado por la oficina de planeación y cartera.
- Mantenimiento: Referente al riesgo de falta der continuidad para la adecuada prestación de servicios se evidencia el reporte de mantenimiento para reprogramar evento preventivo no realizados por causas ajenas al área de mantenimiento. Sobre el riesgo por falta de seguridad en la gestion de los recursos para una adecuada prestación del servicio se evidencia la compra de dos equipos y dos capacitaciones.
- Planeación: Referente al riesgo de no apoyar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, se evidencia las evaluaciones de los tres componentes que se verifican del Sistema Integrado de Gestion SIG, y en la acción de ajustar los procedimientos e instructivos aprobados por la OAPC se evidencia que fue ajustado el procedimiento de gestion de riesgos involucrando el SARLAFT, referente al riesgo por no apoyar el cumplimiento de los objetivos de cada uno de los procesos, se evidencia que al 30 de Sept. Solo se tiene implementado el 40% del SIG por lo que se han realizado planes de mejoramiento que aún no han sido revisados, se involucran actividades de sistema único de habilitación y la actualización y revision de los documentos. Sobre el riesgo para la elaboración del plan de comunicaciones de la entidad se evidencia el soporte del documento del plan de comunicaciones, quedando pendiente la implementación.
- Direccionamiento Institucional: Referente al riesgo por el inadecuado uso de poder en las decisiones institucionales, se evidencia como acciones la elaboración y adopción del plan anticorrupción publicado en la página WEB del hospital y para el seguimiento del mismo se evidencia en link "transparencia y acceso a la información pública".
- Servicio ambulatorio: Referente al riesgo por incumplimiento de la normatividad vigente en la prestación del servicio con base en los estándares de habilitación se evidencia que se han entregado 4 protocolos en el servicio de rehabilitación quedando pendiente su socialización, también se evidencia el cumplimiento del plan de mantenimiento del servicio ambulatoria al igual que las respuestas a los PQR y las autoevaluaciones de estándares de habilitación en patología, laboratorio clínico y banco de sangre. Sobre el riesgo del trato deshumanizado en el servicio, se evidencia la autoevaluación sobre la directriz de la utilización de celulares y equipos de entretenimiento personal. Sobre el riesgo por prestación de servicios no facturados o glosados se evidencia las auditorias del proceso de atención y anexan copia de RIPS validados, y; referente al riesgo por perdida de insumos, reactivos y/o dispositivos médicos se evidencia la socialización del código de ética, principios y valores y el soporte de la autoevaluación.

- **Tecnología de la información:** Referente al riesgo por la inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación del servicio se evidencia informe a septiembre del proceso de estabilización para la implementación de la historia clínica electrónica y evidencia de la instalación de dos pistolas en la Francia para el uso de las mismas con el código de barras; sobre el riesgo por falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios no se evidencia soportes para actualizar el plan de recuperación del sistema y plan de continuidad del negocio, si se evidencia avance para la implementación de la historia clínica electrónica.
- **Urgencias:** Referente al riesgo por falta de continuidad e integralidad en la prestación del servicio durante el proceso de atención en urgencias no se evidencian soportes del área de urgencias a gestión comercial en lo relacionado a las respuestas a los requerimientos del proceso, tampoco soportes de correos electrónicos a la súper salud después de 48 horas de iniciado el trámite de ayuda diagnóstica por la no oportunidad de respuesta de las EPS a las necesidades del usuario para ubicarlos en IPS de mayor complejidad. Otro riesgo es el ingreso al servicio usuarios que por la complejidad de la patología o por la capacidad instalada no es posible atender, pero no se evidencia soporte de la acción referente a enviar mensualmente al CRUET los códigos primarios durante el mes. Por lo referente al riesgo de pérdida de insumos de equipo médico y material quirúrgico se evidencia socialización del código de ética y valores y se evidencia que se dio inicio a la documentación del reglamento interno del servicio de urgencia en donde se establece el cliente interno y externo.
- **Talento humano:** Referente al riesgo sobre la inoportunidad en la gestión de recursos para garantizar la adecuada prestación de servicios se evidencia los requerimientos necesarios a la gerente del proyecto de sistemas dinámica gerencial de las deficiencias del módulo de nómina. Se evidencia que se encuentra en desarrollo el procedimiento que queda definido para el plazo de entrega de novedades. Sobre el riesgo por la falta de seguridad en la gestión de recursos para la adecuada prestación de servicios se evidencia el soporte archivado de la historia laboral del funcionario vinculado y evidencia de la revisión que se realiza sobre la nómina impresa visada por talento humano.
- **Sistema de atención al usuario:** Referente al riesgo sobre no gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias dentro de los términos de la ley, se evidencia soportes de seguimiento y términos de respuestas dentro de los dados por la ley y ajuste al procedimiento AU-PR-002 de gestión PQRS conforme a los cambios del sistema de información. Sobre el riesgo por no aplicación a la encuesta de satisfacción, se evidencia un promedio de 386 encuestas mensuales distribuidas en los servicios de urgencias, hospitalización, unidades de cuidado intensivo y consulta externa. Referente al riesgo por la no realización de la interconsulta de trabajo social, se evidencia instructivo AU-IN-008 que se encuentra en la oficina de planeación y calidad para ser aprobado y se viene implementando informe donde los trabajadores sociales de cada uno de los servicios tienen la trazabilidad de las actividades de los servicios que tienen a su cargo. Referente al riesgo de desconocimiento por parte de los pacientes y familiares de los derechos y deberes de los usuarios se evidencia que los formatos utilizados tienen el logo anterior, además que solo se socializó hasta el mes de junio. Referente al riesgo de falta de objetividad en el estudio socioeconómico del usuario diligenciado por trabajo social, se evidencia soporte de los formatos de divulgación de los derechos con diferentes fechas desde marzo al mes de junio de 2017, con los usuarios de las diferentes dependencias de las áreas asistenciales pero continúan con el formato desactualizado.

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.

2.1 Componente Autoevaluación Institucional

- La oficina de Planeación y Calidad realizó ajuste a la versión 3 del procedimiento para la Gestion de riesgos PC-PR-005 en cuanto a la incorporación de los riesgos por lavado de activo y financiación del terrorismo conforme a la circular No. 009 de 2.016 de la Superintendencia de salud; desarrollando e implementando las acciones, políticas, estrategias, y demás estrategias definidas en la Resolución interna No. 5835 de Diciembre de 2.016.
- En el informe de austeridad de gasto elaborado por control interno, se refleja una disminución en termino de costos comparado el 3er trimestre del año 2.017 y el segundo trimestre de 2.017 en suma de \$608 Mlls, y que el número de servidores públicos de planta temporal permaneció con 315 trabajadores y de planta definitiva en 572 aumentando 19 trabajadores y de supernumerarios paso de 65 a 25 disminuyendo en 40 servidores públicos.; el total del costo de las plantas del tercer trimestre sumo \$9.738 Mlls.
- Actualmente la oficina de Planeación y Calidad está realizando seguimiento a las evaluaciones realizadas por la Oficina de Control Interno conforme a las autoevaluaciones presentadas por cada líder de proceso, con el fin de establecer el grado de cumplimiento de las acciones propuestas y poder construir y elaborar el respectivo Plan de Mejoramiento por cada proceso afectado y el seguimiento de acuerdo al procedimiento PC-FR-008 definido para ese fin, se espera que con corte a Diciembre se tenga esta evaluacion y autoevaluación.
- En comités Directivos se hacen autoevaluaciones de Gestion y Control principalmente revision de indicadores del aplicativo Fenix;

En lo Administrativo, área de Talento Humano es de resaltar que el monto de la deuda por salarios ha disminuido a \$2.804 Mlls. 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 para pensión 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.

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 el mes de Diciembre de 2.017; en el Área de facturación los días de rotación de cartera esta en 610 días, demasiado alta; por último la utilidad a Sep/17 es buena y supera los \$14.721 Mlls.

En lo Jurídico, 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 termino 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 , asfixia 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.

2.2 Componente de Auditoria Interna

La Oficina de Control Interno realizo y presento en el último cuatrimestre los siguientes informes por auditorías internas y del MECI:

- Informe Pormenorizado cuatrimestral
- Informe de Austeridad del Gasto Publico trimestral
- Informe de Atención al Usuario y de PQR trimestral
- Informe de auditorías de: Control Interno Disciplinario, Jurídica, Farmacia, Atención al usuario, patología, gestion comercial y cartera, planeación, y facturación.
- Informe de derechos de Autor Anual
- Participación de las jornadas de Inducción Anual
- Evaluación a la rendición de cuentas Anual
- Evaluacion al control interno contable Anual

Socialización a la Alta Dirección del (programa) Plan Anual de Auditoria 2.017, 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 constatare 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 se 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.

2.3 Componente Plan de Mejoramiento

Producto de las auditorías efectuadas de control interno, La Entidad establece un plan de mejoramiento que es concertado con los auditados y se le efectúa seguimiento a las acciones, las áreas que han presentado plan de mejoramiento por procesos son Almacén, Atención al usuario, Docencia e Investigación, Gestion Comercial y de Cartera, Servicio Farmacéutico, Talento humano y Urgencias.

Por otra parte, en Mayo de 2.017 se suscribió un plan de mejoramiento de las auditorías del 2.014 y 2015 presentado los resultados de la cuenta anual oportunamente y con información de Calidad a la Contraloría Departamental :

- Movimiento de cuentas contables
- Movimiento de inventario
- Contratación
- Litigios y Demandas
- Evaluación presupuestal
- Recaudos
- Gastos de Personal
- Unión Temporal Salud del Tolima y HFLLA
- Estado de Cartera , Aseisa con UT Salud del Tolima
- Diferencias entre los formatos F14CD y reporte SECOP
- Labores de supervisores de contratos, pago de estampillas
- Medicamentos vencidos
- Inventario anual de elementos devolutivos
- Responsabilidades de la tenencia del auto ODU-965
- Equipo médico robado de ambulancia
- Objeto contractual del contrato con Aseisa
- Cartera recuperada por giro directo no aplicado a facturas antiguas
- No cumplimiento de la política de rotación de cartera
- Porcentaje de devoluciones y glosas superiores a las metas
- El no cobro de los intereses moratorios
- Reconocimiento irregular y cancelación de horas extras años 2015 y 2016
- Pagos de prima de coordinación de algunos funcionarios.

3.- Eje Transversal Información y Comunicación

La información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la Entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos: Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos del Hospital; Este eje transversal a los Módulos de control del Modelo lo utiliza la Entidad durante toda la ejecución del ciclo PHVA; de tal manera que complementa y hace parte esencial de la implementación y fortalecimiento de los módulos en su integridad.

El Hospital se encuentra en la implementación del sistema de información con el software Dinámica Gerencial de la compañía SYAC.; Inicialmente se presentaron inconvenientes y se constató que las repetidas caídas del sistema y alguna pérdida de la información se debió probablemente a que no existió plenamente una debida planeación y justificación del Hardware necesario para este software, al menos ese fue una primera evaluación de la compañía OPEN Grup. A quien por concurso se le adjudicara el contrato para suministrar el hardware , discutida además este inconveniente en comité directivo de Junio 28, el cual tomo como decisión revisar con un tercero (amigable componedor) quien debía ser el responsable de informar sobre el correcto funcionamiento del programa y diagnosticar sobre la razón o no de las dos firmas, las diferencias fueron dirimidas en Octubre y se logró liquidar el contrato.

Se 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 gestión 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. Se mantiene esta observación.

Avances

El software Dinámica Gerencial está funcionando en una buena parte de sus Módulos, faltando por parametrizar algunos reportes, así mismo una debida capacitación a quienes lo operan, sin embargo aún existen algunos inconvenientes en la forma de parametrización de Módulos como impuestos para la automatización del Rete – IVA y rete - ICA.

El Hospital cuenta con medios de comunicación permanentes como el Intranet, internet, Spak, cartelera, 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 gestión 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 Evaluación de desempeño de los funcionarios de carrera basados en el autocontrol, Planes Operativos Anuales y Gestión 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 satisfacción 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.

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

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 Gestion 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 gestion 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 Gestion 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 0%, 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, otros procesos como internación médica, facturación y gestion ambiental solo evidenciaron soportes con un porcentaje de ejecución menor del 35%, se recomienda enviar las evidencias toda vez que solo faltaría evaluar dos meses del presente año.
- Se recomienda tomar medidas jurídicas más drásticas con las EPS deudoras, respetando el

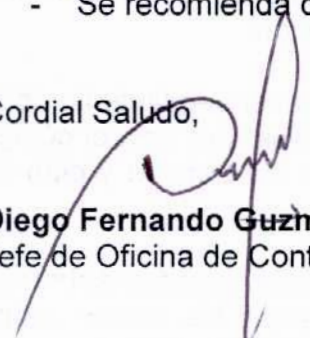
debido proceso del cobro pre jurídico y jurídico, teniendo en cuenta que la rotación de cartera ha aumentado y se encuentra en 610 días de rotación, además que algunos de los clientes del Hospital no han mostrado voluntad de pago a pesar de las citaciones conjuntas que ha convocado la Super Salud y toda 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 79,34%.
- 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 31,9 %, 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 18-08-17de la auditoria al contrato de mantenimiento de las UPS, así mismo revision del plan de mantenimiento a los equipos del Hospital, con revision 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