

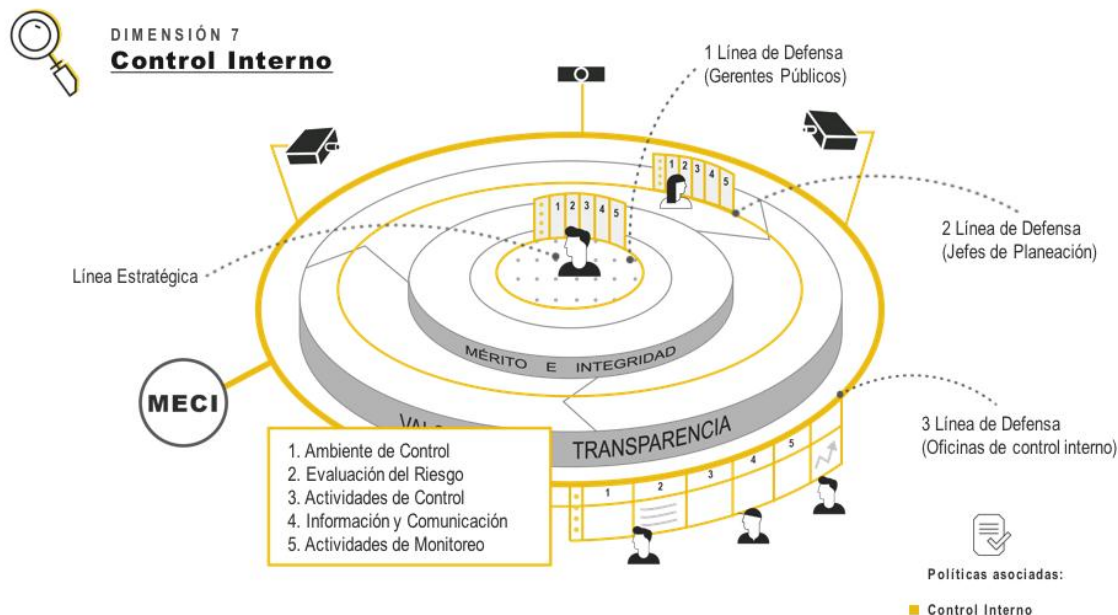
1004-OCI-061

Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno Periodo Febrero 2019- Junio 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 Febrero de 2019 a Junio de 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



Se ha socializado por Áreas al personal del Hospital, evidenciándose mediante las respectivas actas con sus correspondientes firmas.

Planeación Estratégica.

En lo concerniente al liderazgo y lineamientos de la Alta Dirección, durante el periodo comprendido de evaluación se realizaron Comités Directivos semanalmente y se viene realizando a cabalidad el cronograma de empalme acordado asignando responsabilidades a los respectivos equipos y según lo establecido en el Art. 39 numeral 2 de la ley 152 de 1994, el Art.78 de la Ley 1474 de 2011 y el Art. 50 de la Ley 1757 de 2015; con el respectivo informe de Gestión; el cual será entregado a más tardar el 2 de Agosto de 2.019 y la Nueva Administración tiene 30 días calendarios a partir de la fecha de recepción del Informe para pedir ampliación de la información, aprobarlo u objetarlo.

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 a mayo 30 de 2019 se encuentra con un 87% de avance en cuanto a documentación (incluye los aprobados, editados y en edición), en cuanto a socialización 34% e implementación 21%, de forma que el avance en la implementación del sistema global es de 47%. 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 para el acceso de los funcionarios a la documentación el micro sitio del SIG en la Intranet en Octubre de 2017 y a la fecha Mayo 30/19 cuenta con 487 publicaciones que representan el 90% de avance del total de documentos aprobados en el sistema.

Sistema Obligatorio de Calidad

Sistema único de habilitación

Efectuada la autoevaluación de habilitación institucional frente a lo establecido en la Resolución 2003 de 2014 en la actualidad se encuentra un cumplimiento promedio de 51% de los estándares por servicio (De acuerdo a directriz de la Superintendencia Nacional de Salud el cálculo del indicador se realiza teniendo en cuenta solamente los estándares con 100% de cumplimiento). Sin embargo al realizar una evaluación por servicios tomando en cuenta los cumplimientos de los criterios establecidos en cada estándar, el indicador se encuentra en 82%, es importante aclarar que la evaluación es muy rigurosa y se califica con cumple o no cumple en algún ítem, es decir; así el proceso este adelantado, y le falte solo un numeral se califica como No cumple.

Al analizar el cumplimiento y las actividades realizadas por estándar se encuentra:

- En Talento Humano se realiza seguimiento al cumplimiento de los requisitos tanto del personal de planta como de los contratistas, al momento 17% del personal asistencial de las diferentes plantas tiene pendiente aportar algún soporte de su hoja de vida para cumplir con los requisitos que le son aplicables, según el servicio en que se desempeñe (atención a víctimas de violencia sexual, sedación, toma de muestras, administración de medicamentos, registro en ReTHuS).
- Infraestructura: Se han realizado intervención en cuartos de aseo, trabajo sucio y limpio, depósitos transitorios y depósito central de residuos, habitaciones de hospitalización y al servicio farmacéutico, aunque se encuentran incumplimientos en cuanto a las condiciones de paredes, techos, tomas eléctricas de la mayoría de servicios y de la infraestructura de esterilización.

- Dotación y Mantenimiento se ha avanzado en la documentación de lo solicitado por el estándar (Lavado, Limpieza y Desinfección de los Tanques de Almacenamiento de Agua Potable; Socialización, Manejo y Seguridad de las Tecnologías Existentes en el HFLLA), se realizaron las guías rápidas de uso de los equipos que se encuentran disponibles en cada punto de uso, las hojas de vida de los equipos se encuentran disponibles y se evidencian los mantenimientos preventivos y correctivos realizados. Como oportunidades de mejora pendiente dotación de algunos equipos a servicios como UCIN, Urgencias.
- Medicamentos y Dispositivos Médicos se avanza en la documentación del Manual de procedimientos del servicio farmacéutico aunque aún no se ha aprobado. Se aprobó manual de Tecnovigilancia y documentación de la Central de Gases Medicinales.
- Procesos prioritarios se han orientado esfuerzos en terminar la documentación solicitada por la norma, aunque aún se encuentra pendiente realizar ajustes a algunos documentos como el plan de cuidados de enfermería y la preparación del paciente para imágenes diagnósticas, documentos que son transversales a varios servicios y que al cumplir este requisito se espera que mejore el indicador de cumplimiento. También ajustes a las guías de manejo de gineco-obstetricia y pediatría de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018. Igualmente se ha avanzado en la verificación de adherencia a guías de manejo médico (definición del cronograma y responsables, y primeras mediciones del año).
- Historia clínica cumple en cuanto a requisitos transversales.

Con base en los incumplimientos identificados al inicio del año se formuló de forma coordinada un plan de mejoramiento el cual a la fecha presenta un avance de 35,8%.

Auditoría para el mejoramiento continuo - 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 identifican dificultades en el desarrollo de las actividades establecidas por lo cual en la actualidad y de acuerdo a directriz de la agente especial interventora se está realizando 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 actual 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 realiza el cambio de Manual y su plan de trabajo; En la actualidad se encuentra pendiente continuar en su implementación mediante revisión de los lineamientos y la documentación o ajuste de lo existente tomando en cuenta las dimensiones allí establecidas; es importante resaltar que la Función Pública creó el instrumento Formulario Único de Reportes de avances de la Gestión (FURAG) en el año 2018 que fue diligenciado por todas las áreas y consolidado por Planeación, así mismo la Oficina de control interno también desarrolló un formulario especial con 37 preguntas y evidencias el cual fue calificado y entregado este año con calificación en 62.3, mejor que otros hospitales del país con tercer nivel de complejidad.

Programa de seguridad del Paciente:

Este programa depende la línea de Calidad. Cuenta con una enfermera y dos auxiliares en salud. De acuerdo al plan de trabajo anual se tienen establecidas actividades a realizar para la detección de eventos adversos e incidentes en los diferentes servicios (ronda diaria, búsqueda activa de casos, rondas ejecutivas de seguridad del paciente), así mismo se realizan intervenciones de detección de fallas y prevención de incidentes y eventos; revisión de los reportes realizados por los servicios, investigación, análisis, clasificación y formulación de acciones de mejoramiento por parte del equipo de salud y realización de seguimiento al desarrollo de los planes formulados.

Para el año 2019 se han presentado 144 eventos adversos los cuales se han gestionado en 100% y presentan un índice por egresos de 3.25 promedio, encontrando que el 80% son considerados evitables. Se realiza un especial seguimiento a caídas y úlceras por presión por ser eventos de alto impacto y se han formulado planes de mejoramiento que se encuentran en desarrollo con el fin de disminuir la frecuencia y gravedad de los eventos. También se realiza el análisis de casos solicitados por las EAPBs con el fin de dar respuesta oportunamente a dichos requerimientos, identificar oportunidades de mejora y establecer acciones de mejoramiento.

En la actualidad se encuentra pendiente documentar estrategias consideradas de gran importancia como la atención segura del binomio madre – hijo y la atención en UCIs.

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	AREA	LINEAMIENTOS PARA LA FORMULACION		FORMULACION		Promedio
		LINEAS DE ACCION SUGERIDAS	INDICADORES MINIMOS DE GESTION	Línea de Base 31 de Agosto de 2014	Meta del período	%
TECNICO CIENTIFICO	HABILITACION	Revisión y cumplimiento de requisitos de habilitación por servicios	Porcentaje de cumplimiento de requisitos de habilitación	75%	100%	51%
	Experiencia 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	13,8 días	15 días	10 días
			Oportunidad en la atención del Triage en Urgencias	24,9 min	10 min	8 Minutos
			Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	26,73 Min	30min	25 Minutos
			Porcentaje de ocupación en urgencias	86%	90%	226%
			Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	N.D.	0%	33%
			Porcentaje de cancelación de cirugía programada	9,50%	5,00%	7%
	SEGURIDAD CLINICA	Mejoramiento de seguridad clínica en la atención de los pacientes	Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	75,45%	100%	100%
			Tasa global de infección hospitalaria	4%	4,0%	4%
			Tasa de mortalidad mayor a 48 horas (x 1000 Egresos)	38,9x1000	4,00%	4.32
			Tasa de mortalidad perinatal (x 1000 nacidos vivos)	16,37 x 1000	16 x 1000	22.3
			Tasa de mortalidad materna	2,73 x 1000	0,x 1000	0
			Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfisia perinatal, sepsis obstétrica	0	100%	98%
	Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización	0	100%	99%		

Proyectos de Inversión

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

- Proyecto de reposición del Tomógrafo
- Tramite de fase de dotación del proyecto uci de la mujer
- Proyecto de remodelación y ampliación del servicio de urgencias
- Proyecto de dotación y reposición de equipos del servicio de urgencias

El estado de los restantes proyectos, es el siguiente:

Proyecto	Radicado Minsalud	Fecha	Estado	Valor en Millones de pesos		
				Dotación	Infraestruc.	Total
Mejoramiento del servicio de Radioterapia (Acelerador lineal)	2018423 0609822	7/09/18	Viabilizado sin financiación	11.455	1.067	12.522
Implementación de los servicios de Hemodinamia y Resonancia Magnética	2019423 0590142	16/04/19	Se radicó nuevamente con los ajustes solicitados por el Ministerio para su viabilización y financiación	6.426	2.551	8.977
Reposición de equipos biomédicos (Cirugía)	2018423 0215252	15/02/18	Viabilizado en espera de Financiación del Dpto Tolima	1.395		1.395
Traslado y adecuación del servicio de esterilización	2019423 0590212	16/04/19	Radicado en el Ministerio para su viabilización y financiación	1.687	455	2.142
Implementación de la central de mezclas			Proyecto en formulación	1.535	600	2.135
Mejoramiento de la Subestación eléctrica (sub estación para los proyectos)			Proyecto en formulación. Se contrataron los diseños y presupuesto – plazo 26 de mayo			1.000*
TOTAL				22.498	4.673	28.171

Bienestar e Incentivos.

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 detalladamente:

Actividades de Bienestar Social

Actividad	Lugar	Fecha
Celebración cumpleaños funcionarios	Vía correo electrónico	marzo, abril, mayo, junio 2019
Celebración día del Contador	Vía correo electrónico	1 de marzo 2019
Celebración día de la mujer	HFLLA	8 de marzo 2019
Actividades Gimnasio	HFLLA	marzo, abril, mayo, junio 2019
Aeróbicos	HFLLA	marzo, abril, mayo, junio 2019
Medición clima laboral	HFLLA	marzo 2019

Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se realizaron las siguientes actividades en el periodo marzo-junio de 2019.

Actividades	Fecha realización			
	Marzo 2019	Abril 2018	Mayo 2019	Junio 2019
Inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo-Socialización Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	48 asistentes días: 1,7,14,15,21,27	52 asistentes días: 3,5,8 y 26	43 asistentes días: 7,17 y 31	32 asistentes días: 7,14,21,27,28
Reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo-Socialización Política de Seguridad y Salud en el		55 asistentes		

Actividades	Fecha realización	Marzo 2019	Abril 2018	Mayo 2019	Junio 2019
Trabajo			día: 9		
Socialización Política de Seguridad y Salud en el Trabajo		48 asistentes días: 1,7,14,15,21 y 27	52 asistentes días: 3,5,8 y 26	43 asistentes días: 7,17 y 31	32 asistentes días: 7,14,21, 27 y 28
Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo en Riesgo Psicolaboral		días: 12,15, 22			
Participación reunión COPASST			día: 9	día: 14	día: 11
Capacitación COPASST		día: 12	día: 9		día: 11
Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo		días: 5,7,12,13,14,15,19,21,22,26,27,28,29	días: 2,3,4,5,8,09,11,12,23,25,26,29,30	días: 2,3,7,8,9,13,14,15,16,17,20,21,23,24,28,29	
Brigada de emergencias (Capacitación)		x día: 15	X día: 24	x día: 29	x día: 26
Comité Hospitalario de Emergencias.		x día: 28	x día: 25	x día: 28	x día: 27
Pautas Cognitivas.				x	x
Pautas Activas				x	x
Visitas Inspección en las Sedes Francia-Limonar. 70 visitas de Inspección.		x	x	x	x
Mediciones Ambientales: Mediciones de ruido en Caldera, Quirófano y Planta Medicinal			día: 22		

Durante la vigencia de enero a junio 30 de 2019 se presentaron un total de 71 accidentes de trabajos en el HFLLA, los cuales representan una tasa de accidentalidad del 7% con relación al promedio de funcionarios de la Institución (1.003), interpretándose que por cada 100 funcionarios, se presentaron 7 accidentes laborales, así como se observa a continuación:

ACCIDENTES	AÑO 2019 (Enero-Junio)	AÑO 2018 (Enero-Junio)
	Reportados por el HFLLA	71
FUNCIONARIOS (promedio)	1.003	984

Al 30 de junio de 2019 se aumentó en 13 accidentes laborales en comparación al mismo periodo de 2018.

El área de Seguridad y Salud en el Trabajo, del hospital en asesoría y acompañamiento de la ARL Axa Colpatria, continúa con la realización de campañas de capacitación y visitas de inspección con el objetivo de lograr la reducción de accidentes de trabajo.

El grupo de Investigación de Incidentes y Accidentes Laborales ha investigado todos los accidentes ocurridos a la fecha verificando las medidas de control tanto preventivas como correctivas sugeridas.



Federico Lleras Acosta

Los accidentes aceptados por la ARL del 1 de enero al 30 de junio de 2019 son 71 accidentes, los cuales fueron atendidos en Urgencias del HFLLA E.S.E., Asotrauma y Clínica Medicadiz.

2. Administración 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 auditorías de los procesos se verifica que no hayan riesgos materializados.

Mapa de Riesgos.

A marzo de 2019 se realizó el control de los riesgos identificados en los procesos mediante 111 planes de riesgos, presentando la probabilidad de materialización por debajo del 30%, sin que hasta la fecha se materialice ningún riesgo, por lo que la evaluación corresponde al 100%. En la fecha se está revisando el trimestre Abril-Junio de 2019.

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.

Elemento importante de comunicación son los mecanismos para recepción, registro y atención de peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios. En el I trimestre de 2019 en lo referente a Atención al Usuario se analizaron por proceso y el 49% corresponde a quejas por Asignación de Citas, continuando el área de Urgencias.

El Software "Dinámica Gerencial" en el módulo de citas médicas, registra 11.459 atenciones en salud.

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. Actualmente se vienen realizando mejoras a los diferentes módulos financieros y se han asistido a reuniones para la implementación del nuevo Módulo de Contratación, el cual hasta la fecha no cuenta con avances oportunos y se encuentra en una versión de pruebas que no ha satisfecho la necesidad de los servicios de Compras y el área Jurídica.

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 en cifras cuatrimestre marzo – junio 2019

MEDIO INFORMATIVO	TEMA RELACIONADO
Mensajes directos con información puntual.	Mensajes de cumpleaños a funcionarios en los meses de marzo a junio de 2019.
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 con corte a 30 de mayo 2019.
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

La Planta de Personal del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué está conformado por personal de Planta Definitiva, Temporal y Supernumerarios con 939 funcionarios en su totalidad, discriminados en definitiva con 314, temporal 599 y supernumerarios con 26, información a marzo de 31 de 2019. Estas cifras reflejan una disminución con respecto al mismo periodo de 2018.

A la fecha tenemos 163 funcionarios en periodo de prueba, como resultado de los funcionarios elegidos y posesionados de conformidad a la Convocatoria 426 de 2016 de la Comisión Nacional del Servicio Civil para Empresas Sociales del Estado, faltando 2 por posesionar al solicitar prorroga.

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.

La oficina de control interno hasta la fecha ha desarrollado 16 auditorías a los procesos de la vigencia 2.019 y algunas de 2018 (como son las del área financiera) dentro de las auditorías se han dejado las recomendaciones y los hallazgos respectivos y se ha realizado el adecuado seguimiento a los mismos mediante los planes de mejoramiento.

Además de las actividades de Auditoría Interna, se ha realizado seguimiento a Sistema de control interno y contable y planes de mejoramiento suscritos con entes de control externo, en el mes de Abril se realizó seguimiento al avance de la ejecución del Planes de Mejoramiento de la Contraloría suscrito en Noviembre de 2018, además en el mes de Junio se viene adelantando la evaluación del mismo para publicar en la plataforma dispuesta para tal fin (SIA CONTRALORIA TOLIMA)

Adicional a lo anterior, a continuación se relacionan las acciones permanentes de monitoreo y supervisiones efectuadas:

Seguimiento a los resultados

Balance y Resultados a Junio 30 de 2.019 (Julio 12/19).

El Estado de Resultados de Enero a Junio de 2.019 presenta los siguientes valores comparados con el mismo periodo del año anterior :

**ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONOMICA, SOCIAL Y AMBIENTAL (RESULTADOS EN MLLS. \$) DEL
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. DE ENERO A JUNIO 30 DE 2.019 (Julio 12/19). ANALISIS VERTICAL**

INGRESOS OPERACIONALES :		71.428	100,00%
Venta de Servicios de Salud			
(-) COSTOS OPERACIONALES :		49.842	69,78%
Costo de los Servicios de Salud			
(-) GASTOS :		6.982	9,77%
Administrativos	3.730		
Generales	2.795		
Impuestos, Contribuciones y Tasas	457		
UTILIDAD OPERACIONAL SIN PROVISIONES, DEPREC. Y AMORTIZ.		14.605	20,45%
(-) PROVISIONES DE CARTERA		12.542	
(-) PROVISI. CONTINGENCIAS POR DEMANDAS PROC. JURIDICOS		3.542	
(-) DEPRECIACIONES PROP. PLANTA Y EQUIPO		684	
(-) DEPRECIACIONES PROPIEDADES DE INVERSION		238	
(-) AMORTIZACIONES LICENCIAS SOFTWARE		243	
PERDIDA OPERATIVA		-2.645	-3,70%
(+) INGRESOS NO OPERACIONALES :		12.873	18,02%
Ingresos No Tributarios - Estampillas	724		
Transferencias S.S.F. Subvenciones Gubernamentales	3.348		
Otros Ingresos Financieros	59		
Arrendamientos, aprovechamientos, responsabil. Fiscales	207		
Otros Ingresos (Recuperaciones cartera)	5.647		
Ajuste de otros ingresos (Diversos)	2.888		
(-) GATOS NO OPERACIONALES :		2.823	3,95%
Financieros (Pérdida por baja C x C)	1.800		
Comisiones bancarias	8		
Devoluciones, descuentos y rebajas en ventas	123		
Diversos (Sentencias, baja en activos no fcieros, Multas, diversos)	892		
UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO		7.406	10,37%



Federico Lleras Acosta

BALANCE GENERAL DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS E.S.E. A JUNIO 30 DE 2.019 (Bajo nuevo Marco Normativo) (Julio 12/19) (Mlls \$) **ANALISIS VERTICAL**

ACTIVOS		PASIVOS	
EFFECTIVO	6.334	2,92%	CUENTAS POR PAGAR 22.021
Caja	5		Financiamiento Interno a C.Plazo 1.172
Depositos en Inst. Financieras	5.035		Adquisición bienes y ss Nales. 12.655
Efectivo restringido	1.294		Recursos a favor de terceros 182
CUENTAS POR COBRAR	90.415	41,62%	Descuentos de Nómina 751
Prestacion de servicio de salud	88.153		Retencion en la Fuente e imp.T. 367
Transferencias por Cobrar	1.655		Impuestos, contribuc y tasas x C. 118
Otras cuentas por Cobrar	607		Impuesto al Valor Agregado IVA 1
Cuentas por C. de Difícil cobro	57.041		Créditos Judiciales 300
Deterioro acumulado C x C.	(57.041)		Otras Cuentas por Pagar 6.475
INVENTARIOS	3.362	1,55%	OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEG. 8.577
Material para la prest.de Ss.	3.404		Benef. a los empleados a C.Plazo 8.575
En poder de terceros	40		Benef. a los empleados a L.Plazo 2
Deterioro acumulado en invent.	(82)		PASIVOS ESTIMADOS 10.943
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	60.163	27,69%	Litigios y Demandos 9.795
Terrenos	6.556		Provisiones diversas 1.149
Construcciones en curso	73		OTROS PASIVOS 1.963
Bienes muebles en bodega	1.413		Avances y anticipos recibidos 685
Prop. Planta y Eq. no explotados	2.183		Depósitos recibidos en garantia 1.278
Edificaciones	43.430		TOTAL PASIVOS 43.504 20,02%
Redes, Líneas y cables	1.067		
Maquinaria y Equipo	545		PATRIMONIO
Equipo Médico y científico	11.327		CAPITAL FISCAL 36.295
Muebles y ense y eq. de oficina	1.591		Capital Fiscal Inicial 33.080
Equipo de comunica. y comput.	2.428		Capital Fiscal 3.215
Equipo de Transporte y elevac.	386		RESULTADOS DE EJERC. ANTERIORES 130.055
Equipo de comedor, cocina y hot.	299		Utilidad o excedentes acumulados 41.272
Bienes, arte y cultura	228		Impacto x nuevo marco normativo 87.016
Depreciación acumulada	(11.365)		Refacturación ingresos vig. Anterior 1.768
OTROS ACTIVOS	56.986	26,23%	RESULTADOS DEL EJERCICIO 7.406
Bienes y Ss. Pag. Por anticipado	1.732		Utilidad del presente ejercicio 7.406
Avances y anticipos entregados	39		TOTAL PATRIMONIO 173.756 79,98%
Recursos entregados en Admon.	-		
Propiedades de Inversión (Limonar)	53.405		
Intangibles	5.330		
Amortización acumulada	(3.520)		
TOTAL ACTIVOS	217.260	100,00%	TOTAL PASIVOS Y PATRIMONIO 217.260 100,00%

ESTADO DE RESULTADOS DEL HOSPITAL FEDERICO LLERAS E.S.E. DE ENERO A JUNIO 30 DE 2.019 COMPARATIVO (Mlls. \$) (Julio 12/19).

INGRESOS OPERACIONALES :

Ventas de Servicios de Salud

(-) COSTOS :

Servicios de Urgencias, Quirofano, hospitalización, etc.

(-) GASTOS OPERACIONALES DE ADMINISTRACION :

Sueldos y salarios Administrativos, Generales e impuestos

UTILIDAD OPERACIONAL ANTES DE PROVISIONES, DEP Y AMORTIZACIONES

(-) GASTOS POR PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES.:

Provisiones, Depreciaciones y amortizaciones

UTILIDAD (O PERDIDA) OPERACIONAL

(+) OTROS INGRESOS NO OPERACIONALES :

Recuperaciones de Cartera, diversos, rend. financieros y arrendamientos

(+) TRANSFERENCIAS :

Transferencias

(+) INGRESOS NO TRIBUTARIOS :

Estampillas

(-) OTROS GASTOS NO OPERACIONALES :

Diversos (Senten, baja activos no financieros, comisi, dividendos Y Financieros

UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO

2018	Var \$	Var %	2019
60.905	10.523	17,28%	71.428
45.784	4.058	8,86%	49.842
7.443	-461	-6,19%	6.982
7.678	6.926	90,21%	14.604
9.257	7.992	86,34%	17.249
-1.579	-1.066	67,53%	-2.645
15.379	-6.578	-42,77%	8.801
2.932	416	14,17%	3.348
868	-144	-16,60%	724
3.856	-1.033	-26,78%	2.823
13.745	-6.340	-46,13%	7.405

En el Estado de Resultados a Junio 30 de 2.019 se resalta la Utilidad Operacional acumulada antes de provisiones y Depreciaciones es de \$14.605 Mlls. y nuevamente las provisiones de cartera (\$12.542Mlls.) y de contingencias para demandas jurídicas (\$3.542 Mlls.) afectan notablemente los resultados Operacionales pues sumadas incluyendo la Depreciación totalizan \$12.245 Mlls y da un resultado negativo (Pérdida Operacional) de \$2.645 Mlls. por lo que se debe trabajar e insistir con la explicación ante el consejo técnico de la contaduría y el apoyo de la Revisoría Fiscal para demostrar que si se tienen en cuenta estas provisiones como operacionales, también deben tener en cuenta las recuperaciones de cartera como parte de la operación que para el periodo analizado fue de \$5.647 Mlls. (Salud Vida \$1.234; Pijao Salud \$1.076; Gobernación del Tolima \$788 Mlls.; Caprecom \$721 Mlls, Nueva EPS \$ 568 Mlls.; Asmed Salud \$100 Mlls. entre otros.).

Referente al Balance General a Junio 30 de 2.019 vemos que el Pasivo corresponde el 20,02% del total del Activo y el Patrimonio es del 79,98% de los Activos, lo que indica que somos propietarios casi del 80% del total de Activos (\$217.260 Mlls.); los rubros más representativo son la Cartera (Después de provisionada o deteriorada) con el 41,62%; la porp. Planta y Equipo con el 26,69% y los otros activos (incluye la propiedad de inversión el Limonar listo para la venta a costo de \$53.405 Mlls.) con una participación del 26,23%.; Es importante resaltar cómo se ha incrementado el Patrimonio de la Entidad pasando de \$154.822 Mlls (Mismo periodo anterior) a \$173.756 Mlls. principalmente por las Utilidades producidas; por lo mismo se han logrado cancelar deudas por orden superior a los \$12.000 Mlls. si lo comparamos con el mismo pasivo a la misma fecha del año anterior (Junio 30), (pasando de \$55.636 a \$43.504) y el Activo se incrementó en casi \$7.000 Mlls (paso de \$210.458 a \$217.260 Mlls.) principalmente por el incremento de las cuentas por cobrar.

Si comparamos los Estados de Resultados (Enero a Junio 30/18 Vs. Enero a Junio 30/19), podemos analizar positivamente que las ventas por Ss. De Salud se incrementaron en un 17,28% (pasaron de \$60.905 a \$71.428 Mlls.); los costos se incrementaron solo en un 8,86% a pesar de ese gran incremento en las ventas (pasaron de \$45.784 a \$49.842 Mlls.) y los gastos operacionales disminuyeron en un 6,19% (De \$7.443 Mlls. a \$6.982 Mlls.) es un buen indicador pero hay que revisar las cifras pues no es normal que disminuya cuando la planta continua igual y los otros gastos han subido al menos el IPC. ; El punto negativo respecto al año anterior es el incremento de las provisiones de cartera que pasan de \$9.257 Mlls a \$17.249 Mlls., una de las causas es que ahora se está provisionando rigurosamente las contingencias judiciales las cuales suman \$3.542 Mlls. , por otra parte aunque los ingresos tomados como no operacionales referentes a la recuperación de cartera fueron buenos en el periodo (\$8.801 Mlls.) , el año pasado fueron mejores (\$15.379 principalmente por una recuperación de caprecom por \$6.969 Mlls.) las recuperaciones del periodo fueron a las siguientes entidades principalmente: Salud vida \$1.234 Mlls., Pijao Salud \$1.076 Mlls., Gobernacion del



Federico Lleras Acosta

Tolima \$788 Mlls., Caprecom \$721 Mlls. Nueva EPS \$568 Mlls., Asmed Salud \$100 Mlls. y otros varios por \$ 608 Mlls.

Plan de Auditoría.

Se realizó la propuesta del Plan de Auditoría para el año 2019 y se presentó ante el Comité de Control Interno.

Comité Directivo y de Empalme.

Exposición ante el Comité Directivo y de Empalme del Informe Ejecutivo de Control Interno en el mes de junio de 2019.

Austeridad del Gasto.

Se realizó seguimiento y se presentó el informe de Austeridad del Gasto del primer trimestre del año 2019.

Los Viáticos y Gastos de viaje se incrementaron en más del 116,9% comparando el primer trimestre del año 2019 contra el mismo trimestre del año anterior, al pasar de \$7,2 Mlls a \$15,6 Mlls; ejecutando el 34% de lo presupuestado en el trimestre.

En Servicios Públicos, presenta un incremento en el primer trimestre de 2019 comparado con el mismo trimestre del año anterior.

Plan Operativo Anual.

Se realizó seguimiento al Plan Operativo Anual (POA) de la vigencia 2019, revisando las 26 autoevaluaciones de los procesos, calificándose con el 25% de cumplimiento por la oficina de Control Interno de la entidad con corte a 31 de marzo de 2019.

Componente Jurídico

Estado de los Procesos Judiciales en contra del HFLLA al 30 de Junio de 2019.

PROCESOS JUDICIALES EN TRAMITE CORTE 30 DE JUNIO DE 2019								
PROCESOS JUDICIALES EN TRAMITE CORTE JUNIO 30/19	PRETENCIONES DEL DEMANDANTE		PRETENCIONES AJUSTADAS A LAS JURIPRUDENCIA		REGISTRO CONTABLE PARA CONCILIAR			
	Tipo de Proceso	No. Proceso	Pretensiones	No. Proceso	Valoración	No. Proceso	Provisión	No. Proceso
Controversias contractuales	2	\$898.505.860	2	\$63.764.932	2	\$33.011.796	0	0
Reparación Directa	129	\$112.997.192.393	129	\$60.650.387.724	16	\$6.870.242.967	53	\$34.732.841.272
Nulidad y restablecimiento del derecho incidente regulación de honorarios	52	\$5.217.130.800	52	\$3.541.024.016	28	\$2.153.204.965	17	\$964.755.140
Laboral, Seguridad Social Especial Fuero Sindical	60	\$4.731.854.824	60	\$3.856.536.212	12	\$738.094.741	0	0
Ejecutivo singular-Laboral-Coactivo	24	\$47.202.612	24	\$5.662.657.208	0		2	\$618.767.060
Totales	267	\$123.891.886.489	267	\$73.774.370.092	8	\$9.794.554.469	72	\$41.316.363.472

Procesos Ejecutivos

Con relación a los procesos, se han obtenido avances significativos en relación con la consecución de la paz y salvo por parte de las entidades demandantes. El estado de los procesos es el siguiente:

RADICADO	DEMANDANTE	MEDIO DE CONTROL	VALOR SENTENCIA	ESTADO
2007-00249	William Alonso Lotero Castaño	Reparación Directa	\$195.310.500	Con acto administrativo de adopción de fallo sin radicación cuenta de cobro por parte del apoderado.
2010-00356	Bellanid Angarita y otros	Reparación Directa	\$328.121.640	Con acto administrativo de adopción de fallo sin radicación cuenta de cobro por parte del apoderado.
2012-00203	Yazmini Martínez Herrera	Nulidad y restablecimiento del derecho	Pendiente liquidación	Sin acto administrativo, sin cuenta de cobro.
2003-02431	José de la Cruz Sánchez y Otros	Reparación Directa	\$333.826.233	Acuerdo de pago cumplido según lo establecido. Vence noviembre de 2019.
2012-00073	Nohora Astrid Castillo	Nulidad y restablecimiento del derecho	Pendiente liquidación	Sin acto, administrativo, sin cuenta de cobro.
2012-00214	Ancizar Valencia Patiño	Reparación Directa	\$175.810.770	Se realizó acuerdo de pago
2018-00202	Ricardo Varón	Fuero Sindical	\$200.000	Sin cuenta de cobro
2013-00667	Alba Lucía Cárdenas	Reparación Directa	\$65.000.000	Se realizó conciliación del proceso, pendiente remitir para pago.

PGIR

Se realizan los seguimientos trimestrales al Plan de Gestión de Riesgos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, se formuló ajuste de PGIR dado los incumplimientos presentados en lo referente a los proyectos de crecimiento, el cual fue remitido a la Secretaría de Salud del Tolima.

Plan anticorrupción

Se formuló el plan de la vigencia, el cual se encuentra publicado en la página web de la entidad, así como la evaluación del primer cuatrimestre.

Rendición de Cuentas

Se programó la realización de la audiencia anual de rendición de cuentas, programada para el 31 de mayo de 2019.

SIHO

Se coordinó el cargue de información del Decreto 780, correspondiente al primer trimestre de 2019, con sustentación para el 31 de mayo de 2019.

Gestión del Riesgo

Se realizó la evaluación de primer trimestre de 2019 de las acciones programadas de gestión del Riesgo conforme a la metodología anterior. Se construyó el manual de gestión del riesgo conforme a la nueva metodología, se debe iniciar el proceso de implementación con todas las áreas del hospital.

Venta Limonar

Proceso que se realiza mediante Convenio Administrativo No 032 de 2017 con Central de Inversiones CISA S.A. Se desarrolló invitación pública declarada desierta en el año 2018, con fecha 15 de enero de 2019 se suscribió con CISA el Otrosí No 01 al Acta de incorporación No 01 del Contrato Interadministrativo CM-032-2017, incorporando el mecanismo de Oferta Pública Simple (Puja). Con fecha 25 de enero de 2019 se aprobó el uso del mecanismo de Oferta Pública Simple (Puja), autorizando a CISA a iniciar el proceso. Actualmente el inmueble se encuentra disponible para la venta y en espera de una oferta que active el mecanismo de venta Puja; Aun no se ha constituido el fideicomiso para destinar el 70% a Inversión y le 30% para capital de trabajo en la operación asistencial.

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 ya 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. El cargue de la evaluación del primer cuatrimestre se hizo el 15 de mayo de 2019.

Plan de acción plan de desarrollo

El plan de desarrollo 2015 - 2020, tiene evaluación semestral de su plan de acción, siendo la última evaluación en diciembre de 2018, la cual se encuentra publicada en la página web link de transparencia y acceso a la información: La mayoría de los indicadores tienen seguimiento mensual a través del aplicativo Fenix

Plan de Gestión Integral del Riesgo

Se encuentra con seguimiento a 31 de marzo de 2019 presentado a la Secretaría de Salud del Tolima. Se tiene por hacer entrega del ajuste del PGIR, debido al retraso en la puesta en operación de los servicios de alta complejidad.

Plan de trabajo MIPG

Conforme a la evaluación del FURAG, las áreas responsables elaboraron el plan de trabajo para subsanar las deficiencias encontradas.

Conclusiones y Recomendaciones.

Continuamos recomendando la legalización de anticipos y avances; así como la ejecución del saldo pendiente del FONSAET por \$ 8.272.494,98 del Resol de Dic. De 2.014 por \$12.061 Mlls.; efectuar las actividades necesarias para la identificación de los recaudos por clasificar por valor de \$ 132.055.964,20 y las gestiones necesarias para facturar los servicios pendientes por radicar por \$2.818.023.668,18 y la depuración de cartera por \$13.544 Mlls. a Junio 30/19.; continuar con los comités de sostenibilidad contable y la depuración contable para la obtención del informe limpio por parte de la Revisoría Fiscal y continuar con la actualización del módulo de inventario en lo referente al valor actualizado de cada ítem del inventario y su respectiva Depreciación para que coincida con el módulo de contabilidad, continuar con el cumplimiento de las metas de facturación (\$12.000 Mlls mensuales) y mejorando los indicadores Fenix.

- Es de resaltar igualmente el compromiso de los funcionarios con el manejo de los riesgos identificados en la entidad que como resultado no se materializo ninguno.
- Se recomienda citar el comité de conciliación, para posibles acciones de repetición, pues en el último semestre se han conciliado y pagado valores superiores a \$1.500 Mlls, sin revisar si existe causa grave o dolo de algún(os) funcionarios para analizar si o no existen acciones de repetición.
- Se evidencia el compromiso con la integridad al socializar el código de integridad a los funcionarios de las diferentes áreas. Se recomienda continuar con su socialización para lograr su completo empoderamiento.
- Se recomienda continuar con las campañas de humanización en todos los procesos y trato interpersonal.
- Realizar campaña masiva de ubicación y de las diferentes clases de servicios que presta el hospital, especificando entidades administradoras, tarifas y requisitos de acuerdo con la actividad de salud y la EPS.
- Continuar con capacitaciones y acciones preventivas y correctivas de mejora con el fin de reducir la accidentalidad en el trabajo.

- Continuar con la ejecución de los proyectos de conformidad con su planeación y realizar las gestiones pertinentes para la consecución de recursos para los demás proyectos estructurados, por valor de \$28.944 Mlls.
- Realizar las actividades pertinentes para la plena implementación del Sistema de Gestión en la entidad.
- Referente a los procesos 267 jurídicos en contra por valor de \$123.892 Mlls., se estima que 58 pueden perderse por un total de \$9.795 Mlls. al suspenderse las medidas que favorecen al hospital por la intervención en lo que tiene que ver con los procesos ejecutivos, es importante tratar de resolver la demanda con JD suministros, la cual inicialmente fue de \$5.615 Mlls.; los otros procesos civiles, laborales, de reparación directa, etc. Han venido siendo defendidos por la oficina jurídica con normalidad.
- Continuar con el seguimiento, con el objetivo de lograr mejoras en el Sistema Obligatorio de Calidad en Hospital Federico Lleras Acosta.
- En el evento de la promulgación del punto final, sería importante hacer un cálculo de las posibles recuperaciones y gestionar recursos vía bonos a dos años; Meta 6 del Plan Nacional de Desarrollo PND “Saneamientos de deudas por recobros del régimen contributivo en salud, al 31 de Diciembre de 2.019”
- Se debe trabajar e insistir con la explicación ante el consejo técnico de la contaduría y el apoyo de la Revisoría Fiscal para demostrar que si se tienen en cuenta las provisiones como operacionales, también deben tener en cuenta las recuperaciones de cartera como parte de la operación que para el periodo analizado fue de \$5.647 Mlls. (Salud Vida \$1.234; Pijao Salud \$1.076; Gobernación del Tolima \$788 Mlls.; Caprecom \$721 Mlls, Nueva EPS \$ 568 Mlls.; Asmed Salud \$100 Mlls. entre otros.).
- Referente al plan de Mejoramiento de la Contraloría Departamental, se debe seguir depurando los saldos de inventarios Vs. Contabilidad; igualmente los planes PIGA y los cronogramas de Tecnología de la Información.
- Hasta la fecha se ha venido ejecutando todas las actividades del plan y cronograma de gestión e implementación de la prórroga según resolución No. 315 de Nov. 28 de 2.018 emitido por el Ministerio de Salud y protección social, está en desarrollo las acciones (Resoluciones y convocatorias) para la elección de la Junta Directiva.
- Se recomienda ir construyendo y actualizando la misión, visión y objetivos institucionales acordes a la nueva ley 1955 de Mayo 25 de 2.019 “por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2.018-2.022 Pacto por Colombia, Pacto por

la Equidad” y articularlo cuando se presente el nuevo Plan de Desarrollo del nuevo mandatario de la Gobernación.

Ibagué, Julio 20 de 2.019



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