


|   |                 |                   |         |
|---|-----------------|-------------------|---------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |         |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |         |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0     |
|   |                 | <b>Página</b>     | 1 de 14 |

| <b>INFORME DE LABORES DE GESTION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO</b> |   |
|---|---|
| <b>GLORIA ERMILA GUALPAZ</b><br>Jefe De Control Interno               | <b>PERIODO EVALUADO:</b><br>Del 01 de enero al 31 de diciembre de 2020<br><hr/> <b>FECHA DE ELABORACION:</b><br>26 de febrero de 2021 |
| <b>MARCO LEGAL</b>  | Ley 87 de 1993 y Resolución No. 0264 de 2018  |

La Oficina de Control Interno en cumplimiento a la ley 87 de 1993 en atención a su rol de seguimiento y evaluación y la resolución No. 0264 de 2018 expedida por la contraloría General del Departamento del Putumayo, se presenta el informe de Labores de Gestión de la Oficina Control Interno de la vigencia 2020.

Este informe comprende todas las actividades efectuadas en el año, el cual se encuentra dividido en cuatro secciones:


- Auditorias
- Informes de ley
- Actividades de seguimiento

### AUDITORIAS

- En el mes de febrero de 2020 el comité Institucional de Control Interno aprobó el Plan de Auditorias que contiene 10 auditorías internas, 12 informes de ley y 9 actividades de seguimiento

Dadas las circunstancias en este año se modificó el cronograma del plan de auditorías debido a inconvenientes presentados por la declaratoria de la pandemia del COVID – 19 y no se pudo cumplir en las fechas estipuladas.

| ITEMS | PROCESO   | OBSERVACIONES                  |
|-------|---|--------------------------------|
| 1     | Auditoria al proceso de Sistemas y comunicaciones   | Pendiente plan de mejoramiento |
| 2     | Auditoria al proceso de Financiera subproceso de contabilidad, presupuesto, costos, facturación, cartera y tesorería. | Pendiente plan de mejoramiento |
| 3     | Auditoria al proceso de contratación.   | Pendiente plan de mejoramiento |
| 4     | Auditoria al proceso de Almacén   | Pendiente plan de mejoramiento |
| 5     | Auditoria al proceso de Talento humano  | Pendiente plan de mejoramiento |
| 6     | Auditoria al proceso de SIAU - Atención al usuario.   | Pendiente plan de mejoramiento |
| 7     | Auditoria al proceso de Talento humano subproceso de sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST  | Pendiente plan de mejoramiento |

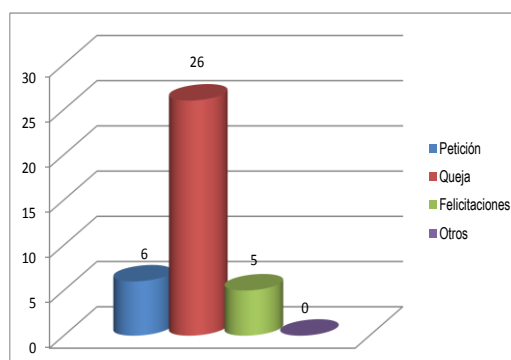
|   |                 |                   |         |
|---|-----------------|-------------------|---------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |         |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |         |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0     |
|   |                 | <b>Página</b>     | 2 de 14 |

## INFORMES DE LEY

### 1. Seguimiento al Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU - Informe PQRS


Estos informes se presentan semestralmente de conformidad a la ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la administración pública”. Artículo 76, que menciona sobre la obligatoriedad que tiene las entidades públicas de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad. Ley 87 art. 12 Literal i) dispone: “Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que en desarrollo del mandato constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente”.

| <b>CONSOLIDADO DE PQRS 2020</b> |              |                   |
|---------------------------------|--------------|-------------------|
| <b>TRAMITE</b>                  | <b>TOTAL</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
| Petición                        | 6            | 16,2%             |
| Queja                           | 26           | 70,3%             |
| Felicitaciones                  | 5            | 13,5%             |
| Otros                           | 0            | 0,0%              |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>37</b>    | <b>100,0%</b>     |



| <b>CONSOLIDAD DE PQRS VIGENCIA 2020</b> |                 |              |                |                    |                       |              |              |
|---|-----------------|--------------|----------------|--------------------|-----------------------|--------------|--------------|
| <b>Periodo</b>                          | <b>Petición</b> | <b>Queja</b> | <b>Reclamo</b> | <b>Solicitudes</b> | <b>Felicitaciones</b> | <b>Otros</b> | <b>Total</b> |
| <b>I SEMESTRE</b>                       | 5               | 21           | 0              | 0                  | 5                     | 0            | <b>31</b>    |
| <b>II SEMESTRE</b>                      | 1               | 5            | 0              | 0                  | 0                     | 0            | <b>6</b>     |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>6</b>        | <b>26</b>    | <b>0</b>       | <b>0</b>           | <b>5</b>              | <b>0</b>     | <b>37</b>    |

En el cuadro anterior se muestra el consolidado de los tramites recibidos y gestionados durante el año 2020; de los 37 trámites se evidencia que las quejas ascienden a 26 que equivale al 70.3% su mayoría radica a causa de la inadecuada orientación e información al usuario en los diferentes servicios que ofrece la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, inoportunidad en la atención medica considerando estos como factores desencadenantes de las quejas y 6 de ellos que equivalen a 16.2% corresponden a peticiones elevadas a la institución para que se asignen citas para odontología, motivo por el cual se explicó a la ciudadanía, que ese servicio se encuentran en restricción solo para urgencias por motivos de la pandemia, el cual por directriz del ministerio de salud, se suspendió temporalmente.

|   |                 |                   |         |
|---|-----------------|-------------------|---------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |         |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |         |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0     |
|   |                 | <b>Página</b>     | 3 de 14 |

## 2. Informe de seguimiento planes de mejoramiento contraloría

Los planes de mejoramiento se deben presentar anualmente. En cumplimiento de mis funciones y en especial la que me confiere la ley 87 de 1993 y demás normas reglamentarias, se han presentado los informes de manera oportuna con los siguientes porcentajes de avance:

| <b>FORMATO No 2</b><br><b>AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO</b><br><b>Informe presentado a la Contraloría General del Departamento del Putumayo</b> |   |                        |                         |   |   |                          | 31-dic-19 |  |
|---|---|------------------------|-------------------------|---|---|--------------------------|-----------|--|
| Fecha de Evaluación:  |   |                        |                         |   |   |                          |           |  |
| Numero consecutivo del hallazgo   | Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)  | Fecha iniciación Metas | Fecha terminación Metas | Avance físico de ejecución de las metas | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Efectividad de la acción |           |  |
|   |   |                        |                         |   |   | SI                       | NO        |  |
| 1   | HALLAZGO NO.3: Los saldos del balance general presentado a 31 de diciembre de 2016, la cuenta 1635 no reflejan el valor real, toda vez que según las notas a los estados financieros se encuentra pendiente por depurar en el valor de \$6.376 cifras en miles de pesos. Lo anterior genera un hallazgo administrativo. | 01/01/2019             | 31/12/2019              | 30                                      | 30%   | X                        |           |  |
| 2   | HALLAZGO No.4: Los gastos de Inversión del Hospital Sagrado corazón de Jesús en la vigencia 2016 presentan una ejecución baja, equivalente al 21%, demostrando así una gestión deficiente en este rubro. Lo anterior genera un hallazgo administrativo.   | 01/01/2019             | 31/12/2019              | 100                                     | 100%  | X                        |           |  |
| 3   | HALLAZGO No. 1 No se evidenció publicación en la página web del Plan anticorrupción de la vigencia 2017. Lo anterior genera una observación administrativa.   | 01/01/2019             | 31/12/2019              | 100                                     | 100%  | X                        |           |  |
| 4   | HALLAZGO NO.2:La ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, no está diligenciando de manera correcta el formato _2017_f13. Lo anterior genera hallazgo de carácter administrativo.  | 01/01/2019             | 31/12/2019              | 100                                     | 100%  | X                        |           |  |
| <b>TOTALES</b>  |   |                        |                         |   | <b>83%</b>  |                          |           |  |

## 3. Informe Austeridad del Gasto (DECRETO 984 DE 2012)

Este informe se presenta trimestralmente en cumplimiento al marco legal en materia de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público, con el propósito de lograr la eficiencia, eficacia y transparencia en el ejercicio de las funciones de las entidades que conforman el Estado Colombiano, en las siguientes fechas:

Primer trimestre: Presentado


Segundo trimestre: Presentado

Tercer trimestre: Presentado

Cuarto trimestre: Presentado

## 4. Informe de Seguimiento al plan anticorrupción


La Oficina de Control Interno dando cumplimiento a la ley 87 de 1993, y ley 1474 de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad de control de gestión pública", se presenta el siguiente informe de seguimiento para el periodo comprendido entre el 1º de enero al 31 diciembre de 2020.

|   |                 |                   |         |
|---|-----------------|-------------------|---------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |         |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |         |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0     |
|   |                 | <b>Página</b>     | 4 de 14 |

1. mapa de riesgos de anticorrupción
2. racionalización de trámites
3. rendición de cuentas
4. mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
5. mecanismos para la transparencia y acceso a la información
6. iniciativas adicionales

Su nivel de avance de las actividades programadas presentan los siguientes resultados:

| Seguimiento 3 OCI   |                         |                       |             |  |
|---|-------------------------|-----------------------|-------------|--|
| Fecha seguimiento:  |                         |                       | 31/12/2020  | Observaciones  |
| Componente  | Actividades programadas | Actividades cumplidas | % de avance |  |
| 1. MAPA DE RIESGOS DE ANTICORRUPCIÓN                          | 12                      | 5                     | 42%         | El mapa de Riesgos es una Herramienta cualitativa que permite identificar los riesgos de la entidad en el cual se presenta una descripción de cada uno de ellos y su tratamiento, es importante actualizar los riesgos identificados y consolidarlos para su respectivo seguimiento. |
| 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES                                | 37                      | 24                    | 65%         | En este cuatrimestre las falencias continúan, sobre todo en el proceso de SIAU, quien en el año 2020 se han presentado cambio de personal lo cual genera desorden en los informes y atrasa el proceso de atención al usuario.  |
| 3. RENDICIÓN DE CUENTAS                                       | 12                      | 12                    | 100%        | Este componente se ejecuto en su totalidad.  |
| 4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO           | 64                      | 53                    | 83%         | En este componente se refleja el tema de trabajo social, su avance fue mínimo, como medida de prevención se levantaron algunos hallazgos y se espera que desde gerencia se adquiera el compromiso y se tomen acciones que beneficien la institución.                                 |
| 5. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN | 73                      | 53                    | 73%         | Los avances presentados reflejan el trabajo y compromiso adquirido, faltan algunas actividades que están pendientes corresponden a contratación y otras a sistemas.  |
| 6. INICIATIVAS ADICIONALES                                    | 5                       | 1                     | 20%         | Es importante que se continúe con el fomento de la integridad pública, uno de los inconvenientes que se ha tenido con la socialización del código es debido al cambio constante de personal.   |
| <b>TOTAL</b>  | <b>203</b>              | <b>148</b>            | <b>73%</b>  |  |

|   |                 |                   |         |
|---|-----------------|-------------------|---------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |         |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |         |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0     |
|   |                 | <b>Página</b>     | 5 de 14 |

## 5. Informe Ejecutivo Anual de Control Interno FURAG

Este informe lo asocia con la encuesta del MECI aplicativo FURAG significa Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión, es una herramienta en línea para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales y sectoriales.

El Informe de Gestión y Desempeño Institucional del Hospital Sagrado Corazón de Jesús del año 2020 se presentó en el mes de febrero de 2021, para ello se presenta el certificado de cumplimiento expedido por la Función pública.

Certificado de diligenciamiento

Vigencia 2020




El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

**Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:**

**ENTIDAD:** HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA HORMIGA

**DEPARTAMENTO:** Putumayo

**MUNICIPIO:** VALLE DEL GUAMUEZ

**TIPO DE FORMULARIO:** MIPG

**ROL DILIGENCIADOR:** Jefe de control interno

**NOMBRE DILIGENCIADOR:** GLORIA GUALPAZ con C.C No.41119174

**HABILITADO DESDE – HASTA:** 29/01/2021 - 15/04/2021

**VIGENCIA REPORTADA:** 2020

**NIVEL DILIGENCIAMIENTO:** Completo

En constancia se firma,




Maria del Pilar Garcia

Directora Gestión y Desempeño Institucional



**Uri:** <http://www.funcionpublica.gov.co/furag/#/reportes/verificar-certificado/11d85365-1a93-40c1-bbab-dba472fd206e>

|   |                 |                   |         |
|---|-----------------|-------------------|---------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |         |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |         |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0     |
|   |                 | <b>Página</b>     | 6 de 14 |

#### 6. Informe de Control Interno contable (Chip)

Es informe se lo presento de acuerdo a los requerimientos definidos en la Resolución 193 de 2016 emitida por la Contaduría General de la Nación, la Oficina de Control Interno elaboró el informe del Estado del Sistema de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2020 y se subió a la plataforma oportunamente.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

|                               |                  |
|-------------------------------|------------------|
| <b>MÁXIMO A OBTENER</b>       | <b>5</b>         |
| TOTAL PREGUNTAS               | 32               |
| PUNTAJE OBTENIDO              | 0,89             |
| CALIFICACIÓN GLOBAL           | 4,45             |
| <b>VALORACIÓN CUALITATIVA</b> | <b>EFICIENTE</b> |

Según los parámetros establecidos para la evaluación de este informe contable, se puede observar que para el año 2020 nos arroja un puntaje de 4.45 lo que significa que es una calificación EFICIENTE

#### AVANCES Y MEJORAS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Dando continuidad a la evaluación de control interno contable seguimos con la valoración cualitativa que corresponde al análisis de las principales fortalezas y debilidades del control interno, así como las recomendaciones realizadas por el Jefe de Control Interno Contable, o quien haga sus veces, para efectos de mejorar el proceso contable de la entidad.


La parte del formulario relacionada con la valoración cualitativa tiene la siguiente estructura:

#### FORTALEZAS

1. El personal encargado de la parte financiera cuenta con los conocimientos necesarios.
2. El software contable es una herramienta fundamental para generar los informes.
3. Los estados financieros reflejan la realidad económica social y ambiental de la entidad.
4. Las transacciones y hechos económicos se encuentran documentados en forma idónea, clara y veraz.

#### DEBILIDADES

1. Los tres software que posee la entidad no están incorporados, lo que duplica las tareas.
2. Cambio constante del personal responsable de activos fijos, lo que presenta trastornos y demora en el proceso de propiedad, planta y equipo.
3. No se cumple con la entrega oportuna de la legalización de avances lo que hace que se retrase el cierre contable.

|   |                 |                   |         |
|---|-----------------|-------------------|---------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |         |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |         |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0     |
|   |                 | <b>Página</b>     | 7 de 14 |

## AVANCES OBTENIDOS RESPECTO DE LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES REALIZADAS

Con las revisiones periódicas de los manuales de procesos y procedimientos se ha recomendado autoevaluarse con el propósito de medir las tareas encomendadas.

## RECOMENDACIONES

1. Dar continuidad a los inventario de activos fijos, de igual manera clasificarlos de acuerdo a las políticas del marco normativo.
2. Dar cumplimiento a las políticas internas establecidas respecto a la legalización de gastos de viaje y viáticos.
3. Efectuar una buena planeación de contratación para que se determine oportunamente el personal requerido mediante la asignación de recursos presupuestales (CDP y RP).
4. Incorporar los sistemas COMPUCONTA, INFOSALUD y SIHO.

### 7. Informe Derecho de Autor

La institución cuenta con 4 software con licencias los cuales se utilizan para el tema asistencial y la parte contable.


Este informe a la fecha no se ha presentado porque los responsables del proceso no entregaron la información.

### 8. Informe de Evaluación Audiencia Pública

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de su función de evaluación independiente, de conformidad a la ley 1438 de 2011 Artículo 109 referente a la obligatoriedad de audiencias públicas de Empresas Sociales del Estado; ley 1474 de 2011 por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y efectividad de control de gestión pública y demás normas que lo reglamentan,


Esta audiencia se efectuó el 13 de marzo de 2020 con el propósito de presentar la gestión realizada en la vigencia 2019, donde se emitieron invitaciones a los distintos organismos gubernamentales, entes de control, presidentes de juntas de acción comunal, directores y representantes legales de diferentes organismos, entre otros.

Una vez culminada la audiencia, se verifico la lista de asistencia, donde se constató que asistieron 74 personas, y 17 de ellos diligenciaron el formato de evaluación suministrado, una vez valoradas las encuestas se obtuvo los porcentajes por cada pregunta reflejados en los cuadros y gráficos siguientes:

|   |                 |                   |         |
|---|-----------------|-------------------|---------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |         |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |         |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0     |
|   |                 | <b>Página</b>     | 8 de 14 |

| <b>ENCUESTA DE SATISFACCION, RENDICION DE CUENTAS HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS VIGENCIA 2019 - LEY 1438 DE 2011</b>                     |                           |                                      |  |
|--|---------------------------|--------------------------------------|--|
| <b>LUGAR:</b> Auditorio Cámara de Comercio – Valle del Guamuez   |                           | <b>FECHA:</b> 13 de marzo de 2020    |  |
| <b>ENCUESTA APLICADA</b>   | <b>TOTAL DE ENCUESTAS</b> | <b>CRITERIO CON MAYOR PORCENTAJE</b> |  |
| 1. ¿Cómo se enteró de la realización de la Audiencia pública?  | 17                        | 52.94 %                              | Invitación directa                               |
| 2. La explicación sobre el procedimiento de las intervenciones en la Audiencia Pública fue:  | 17                        | 88.24 %                              | Clara  |
| 3. La oportunidad para que, los asistentes inscritos, opinen durante la Audiencia Pública fue:   | 17                        | 82.35%                               | Adecuada   |
| 4. El tiempo de exposición con el informe de la gestión institucional fue  | 17                        | 70.59 %                              | Adecuada   |
| 5. ¿La información presentada en la audiencia pública responde a sus intereses?  | 17                        | 92,86 %                              | si   |
| 6. ¿La Audiencia Pública dio a conocer los resultados de la gestión de la entidad?   | 17                        | 100 %                                | si   |
| 7. Es una escala de 0 a 5 (siendo 0 muy malo y 5 excelente), ¿cómo calificaría el evento público Informe de Gestión realizado el día de hoy? | 17                        | 47.06 %                              | 5  |
| 8. Según su experiencia, primordialmente, la Audiencia Pública permite a ciudadanos o usuarios de los servicios de la entidad:               | 17                        | 70.59 %                              | Informarse de la gestión Anual                   |
| 9. Volvería a participar en otra Audiencia Pública de esta entidad:  | 17                        | 76.47 %                              | si   |
| 10. ¿Considera necesario que las entidades públicas continúen realizando audiencias públicas?  | 17                        | 76.47 %                              | si   |
| 11. Por favor proponga un tema de su interés sobre la gestión de esta entidad para próximas Audiencias Públicas:                             | 17                        |                                      | Varias propuestas se discriminan a continuación. |



|   |                 |                   |         |
|---|-----------------|-------------------|---------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |         |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |         |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0     |
|   |                 | <b>Página</b>     | 9 de 14 |


## 9. Informe Anual sobre la Evaluación del Sistema de Control Interno - Informe Pormenorizado


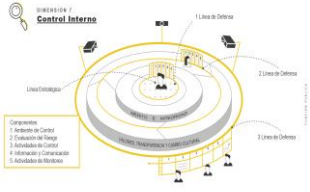
El **Informe Anual Sobre la Evaluación del Sistema de Control Interno** se fundamenta en informar sobre el estado del sistema de control interno, los resultados de la evaluación de gestión y las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización”, con la nueva actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, Decreto No. 1499 de 2017, donde el MECI se incorpora al Modelo y queda inmerso en las dimensiones del sistema, con el propósito de generar resultados de la gestión de la entidad de acuerdo a los lineamientos correspondientes de cada dimensión. La séptima dimensión es de control Interno por lo tanto es competencia de la OCI hacer el respectivo seguimiento a los cinco componentes:

1. Ambiente de control
2. Evaluación del riesgo
3. Actividades de control
4. Información y comunicación y
5. Actividades de monitoreo.


En este informe se refleja el estado actual de Control Interno de la vigencia 2020, con el propósito de promover el mejoramiento continuo de La ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús en el cumplimiento de su misión, desarrollando las políticas.

MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.

|   |                 |                   |          |
|---|-----------------|-------------------|----------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |          |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |          |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0      |
|   |                 | <b>Página</b>     | 10 de 14 |

|  |  |   |  |  |   |                             |
|--|--|---|--|--|---|-----------------------------|
|   | Nombre de la Entidad:                                      | ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS   |  |  |   |                             |
|  | Periodo Evaluado:  | 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2020  |  |  |   |                             |
|   | <b>Estado del sistema de Control Interno de la entidad</b> |   |  |  |   |                             |
|  |  | 49%   |  |  |   |                             |
| <b>Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno</b>   |  |   |  |  |   |                             |
| ¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):  | En proceso   | En la E.S.E Hospital Sagrado Corzon de Jesus, todos los componentes se encuentran en proceso, pero algunos presentan falencias sobre todo aquellos que implican y comprometen recursos para su implementación, la entidad no cuenta con una persona que coordine los componentes del MIPG.  |  |  |   |                             |
| ¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):  | No   | Según los resultados arrojados el sistema de control interno no es efectivo, porque se encuentran falencias en las líneas de defensa, sobre todo en la línea 1 que es el punto de partida con la planeación estratégica que direcciona las metas a cumplir, mediante la implementación de los procesos, planes, políticas, protocolos entre otros. Los resultados son bajos porque falta personal de planta que asuma esas responsabilidades que demuestre el compromiso con la integridad y principios del servidor público. |  |  |   |                             |
| La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta): | Si   | Las herramientas se encuentran establecidas pero falta compromiso para su mantenimiento y sostenimiento. Se evalúan los diferentes planes pero las recomendaciones no se materializan, la falta de coordinación en las actividades y sentido de pertenencia hace que los procesos no arrojen resultados satisfactorios. En el año 2020 el mayor inconveniente que se presentó en la entidad fue el cambio de personal, ocasionando retrasos en la entrega de información.   |  |  |   |                             |
| <b>Componente</b>  | ¿El componente está presente y funcionando?                | Nivel de Cumplimiento componente  | Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas   | Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior | Avance final del componente |
| <b>Ambiente de control</b>   | Si   | 61%   | <b>Debilidades:</b><br>* No cuenta con la política de administración del Riesgo según los lineamientos de la función pública.<br>* Comité institucional de coordinación de control interno no cumple sus funciones.<br>* No se cuenta con el un plan del código de integridad que permite medir el compromiso del funcionario público.<br>* No se cuenta con personal suficiente para que coordine las actividades de riesgos de administración.<br>* No se cuenta con personal de planta directivo<br>* Mas del 50% del personal es contratista<br><b>Fortalezas:</b><br>* Los componentes del MIPG cuentan con un nivel de avance.<br>* Se cuenta con 20 manuales de procesos y procedimientos.<br>* El sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo se encuentra con un nivel de avance satisfactorio.<br>* La entidad cuenta con un asesor de planeación. | 61%  | En el segundo semestre se mantiene los procesos         | 0%                          |

|                            |    |     |   |     |   |      |
|----------------------------|----|-----|---|-----|---|------|
| Evaluación de riesgos      | Si | 53% | <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* La política de administración del riesgo se encuentra desactualizada.</li> <li>* Falta actualizar y consolidar el mapa de riesgos.</li> </ul> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* La entidad cuenta con el plan de desarrollo, plan de gestión, plan de capacitaciones, plan de seguridad y salud en el trabajo</li> </ul>   | 56% | <p>Según el reporte se observa que hay una disminución del 3 con respecto al semestre anterior, por motivos de la pandemia se incrementaron los riesgos pero como tal la ejecución de las algunas actividades programadas no se ejecutaron.</p> | -3%  |
| Actividades de control     | Si | 50% | <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* No se han establecido los controles en el mapa de riesgos que permitan a la entidad mitigar la materialización de riesgos.</li> <li>* Manuales y procesos de talento humano desactualizados.</li> <li>* No se cuenta con profesional de calidad para la parte administrativa.</li> <li>* No se cuenta con personal comprometido de la alta dirección para adelantar las políticas y demás lineamientos de las dimensiones del MIPG.</li> </ul> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* La entidad cuenta con la página web y la mayoría de la información de interés general se publica.</li> </ul>  | 54% | <p>Se observa en este semestre que su porcentaje disminuyó, y uno de los inconvenientes más relevantes es la no entrega de información por parte de los responsables.</p>   | -4%  |
| Información y comunicación | No | 21% | <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de mecanismos que mida la efectividad de publicación de la información de interés al ciudadano.</li> <li>* El 88% de las licencias de los antivirus instaladas en los computadores de la entidad se encuentran vencidas</li> <li>* El software de historias clínicas (SIHOS) se encuentra obsoleto por el cambio de normatividad y desde el 2015 no se ha actualizado, generando inconvenientes en la entrega de informes a los entes de control.</li> <li>* se entregan informes en base de datos excel.</li> </ul> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* La entidad cuenta con la página web</li> <li>* La entidad cuenta con redes sociales</li> </ul>  | 38% | <p>Aunque se presentaron mejoras al inicio del año, al final presentaron falencias en la captura, procesamiento y generación de datos</p>   | -17% |
| Monitoreo                  | Si | 57% | <p><b>Debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* No se aplica evaluaciones continuas y/o independientes para determinar el avance en el logro de las Metas, los resultados y los objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno por la falta de personal de apoyo en la oficina de control interno.</li> <li>* El comité institucional de coordinación de control interno no cumple las funciones.</li> <li>* Deficiencia en el cumplimiento de los planes de mejoramiento, por lo tanto es difícil evaluar sus avances.</li> <li>* No se coordina con control interno las actividades de mejora en beneficio de la institución.</li> <li>* El equipo MECI o líderes de procesos conformados en la entidad no es operativo.</li> </ul> <p><b>Fortalezas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cuenta con un profesional de control interno.</li> <li>* El plan de auditorías se presenta y ejecuta anualmente.</li> <li>* Se efectúan evaluaciones a los planes establecidos en la entidad.</li> </ul> | 57% | <p>Se observa que este componente se mantiene dando cumplimiento a las actividades.</p>   | 0%   |

|   |                 |                   |          |
|---|-----------------|-------------------|----------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |          |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |          |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0      |
|   |                 | <b>Página</b>     | 12 de 14 |

#### 10. Informe de Labores de Gestión de la Oficina de Control Interno(Chip)


Es un informe que lo solicita la contraloría General del Departamento, el cual abarca todas las actividades y gestiones efectuadas por la oficina de control interno durante la vigencia 2020,

### ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO

#### 1. Hacer seguimiento a la operatividad de los comités institucionales.

La oficina de Control Interno en función al rol de Evaluación y seguimiento en el año 2020 ha efectuado la inspección a los comités institucionales, en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se han identificado 26 comités institucionales y 2 están repetidos con otro nombre, de los cuales 24 cuentan con resolución de creación y dos de ellos no tienen acto administrativo.

| N° | COMITÉS INSTITUCIONALES  | CUENTA CON SOPORTES |    | OBSERVACION                                 |
|----|--|---------------------|----|---|
|    |  | SI                  | NO |   |
| 1  | COMITÉ DE FACTURACIÓN CARTERA Y GLOSAS                                       | X                   |    | Falta actas                                 |
| 2  | COMITÉ DE CALIDAD  | X                   |    | Presento actas trimestrales                 |
| 3  | COMITÉ TÉCNICO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI CONTABLE                           | X                   |    | Inactivo                                    |
| 4  | COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS Y PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN | X                   |    | No presentaron ningun soporte para revisión |
| 5  | COMITÉ DE COORDINACION CONTROL INTERNO                                       | X                   |    | Al día                                      |
| 6  | COMITÉ DE LAS NIIF   | X                   |    | Falta actualizarlo                          |
| 7  | COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL  | X                   |    | No presentaron ningun soporte para revisión |
| 8  | COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA  | X                   |    | Al día                                      |
| 9  | COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA   | X                   |    | Al día                                      |
| 10 | COMITÉ DE GAGAS  | X                   |    | Al día                                      |
| 11 | COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS                                     | X                   |    | Al día                                      |
| 12 | COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA E IAMI Y AIEPI                                   | X                   |    | No presentaron ningun soporte para revisión |
| 13 | INSTITUCIONAL DE VACUNACIÓN  | X                   |    | Al día                                      |
| 14 | COMITÉ DE ESTADISTICAS VITALES   | X                   |    | No presentaron ningun soporte para revisión |
| 15 | COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS   | X                   |    | Al día                                      |
| 16 | COMITÉ CONVIVENCIA LABORAL   | X                   |    | No presentaron ningun soporte para revisión |
| 17 | COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE   | X                   |    | Al día                                      |
| 18 | COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO                                  | X                   |    | No presentaron ningun soporte para revisión |
| 19 | COMITÉ DEL PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS                                  | X                   |    | Al día                                      |
| 20 | COMITÉ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS  | X                   |    | No se entrego informacion                   |

|   |                 |                   |          |
|---|-----------------|-------------------|----------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |          |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |          |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0      |
|   |                 | <b>Página</b>     | 13 de 14 |

|    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 21 | COMITÉ DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO                        | X | Falta actualizar según los lineamientos dados por el MIPG.                  |
| 22 | COMITÉ DE ARCHIVO Y GESTION DOCUMENTAL                 | X | Falta actualizar según los lineamientos dados por el MIPG.                  |
| 23 | COMITÉ DE COMPRAS                                      | X | Al día  |
| 24 | COMITÉ DE SATISFACCION DE USUARIOS, QUEJAS Y RECLAMOS  | X | Al día  |
| 25 | COMITÉ DE CONCILIACION Y DEFENSA JUDICIAL              | X | Al día  |
| 26 | COMITÉ DE ETICA HOSPITALARRIA                          | X | No esta funcionando   |
| 27 | COMITÉ PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION               | X | Definir cual es el correcto con el comité de vacunacion                     |
| 28 | COMITÉ DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD | X | Definir cual es el correcto con el comité de infecciones intrahospitalaria. |

**2. Hacer Seguimiento de las acciones definidas en los planes de mejoramiento de la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús.**

Se adelantaron actividades de seguimiento a las acciones de los planes de mejoramiento de la parte administrativa y asistencial con el propósito de dar cumplimiento a las fechas plasmadas.

**3. Consolidar los actos administrativos por medio de la cual se conforman los comités institucionales.**

La oficina de Control Interno en función al rol de Evaluación y seguimiento en el año 2020 ha efectuado la inspección a los comités institucionales, en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se han identificado 26 comités institucionales, se evidencia que varios comités se encuentran inactivos, la observación efectuada es actualizar y unificar algunos comités dependiendo del proceso y su importancia.

**4. Seguimiento a los procesos y procedimientos de la institución**

Los manuales de procesos y procedimientos se encuentran desactualizados de acuerdo a las normas vigentes, se ha evidenciado que desde el 2014 hasta la fecha se han implementado nuevas normas y leyes lo cual requiere de su incorporación.


De igual forma la entidad debe hacer la identificación de nuevos riesgos presentes en la institución.

Las falencias presentadas son:

- Falta de una guía estándar que unifique criterios para su elaboración.
- Falta de tiempo por parte de los responsables
- Carencia de conocimientos en la implementación de los manuales

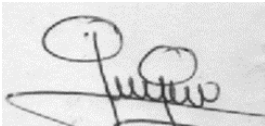
**5. Otras actividades**

- Asesoría y recomendaciones a las diferentes dependencias de la administración a través de circulares.

|   |                 |                   |          |
|---|-----------------|-------------------|----------|
|  | <b>INFORMES</b> | <b>CÓDIGO</b>     |          |
|   |                 | <b>1110-37.15</b> |          |
|   |                 | <b>Versión</b>    | 1.0      |
|   |                 | <b>Página</b>     | 14 de 14 |

- Se gestionó y realizo seguimiento a la entrega oportuna según requerimientos de informes a los organismos de control externo.
- Hacer seguimiento a la publicación de los diferentes planes
- Se gestionó en cada una de las áreas de la Administración Hospital, por medio de circulares y apoyo continuo, para coadyuvar acciones necesarias para generar control y seguimiento a los procesos y procedimientos con el fin de mejorar continuamente la Administración.
- Se participó en diferentes Comités existentes en el Hospital, participando con voz pero sin voto.

Atentamente,



**GLORIA ERMILA GUALPAZ PAI**  
 Jefe Oficina De Control Interno  
 E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús