



**E.S.E. HOSPITAL DEL
PERPETUO SOCORRO**
Nit: 813.011.566-3 Villavieja - Huila

E.S.E. HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA - HUILA



INFORME DE CONTROL INTERNO SEGUNDO SEMESTRE 2024

ADRIANA MARTINEZ VIDAL
Asesora Control Interno
Enero - 2024



SISTEMA DE CONTROL INTERNO

I. INTRODUCCIÓN

El informe que se entrega, contiene los elementos de una evaluación global practicada al sistema, recoge actividades desarrolladas en cumplimiento de la función evaluadora y de promoción de la cultura del sistema en la E.S.E. Hospital del Perpetuo Socorro, al igual que da cuenta de procesos y actividades más relevantes ejecutadas por las diferentes dependencias, en el período comprendido entre el 1º de julio al diciembre de 2024.

1.1. DATOS GENERALES

DEPARTAMENTO:	HUILA
MUNICIPIO:	VILLAVIEJA
ENTIDAD:	E.S.E. HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO
FECHA DE CORTE:	31 DE DICIEMBRE DE 2024

1.2. OBJETIVO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El sistema de control interno, tiene como objetivo principal, Garantizar el desarrollo de un sistema de información oportuna y confiable que mantenga la integridad, exactitud y oportunidad en la toma de decisiones mediante el Autocontrol, Autogestión y Autorregulación.



2. ALCANCE

Una vez evaluado el sistema de control interno general y contable, desde el 1 de julio a 31 de diciembre de 2024, de la E.S.E. Hospital del Perpetuo Socorro, de acuerdo a los principios de contabilidad Generalmente aceptados y a las normas de auditoria de general de aceptación, y atendiendo a las normas sobre control interno ya mencionadas, con el fin de determinar su calidad técnica, nivel de confianza y si el proceso contable, financiero y administrativo, es confiable.

3. METODOLOGÍA APLICADA

Este informe sobre el avance del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital del Perpetuo Socorro, está dado por las etapas de la planeación, ejecución, evaluación y comunicación de los hallazgos y recomendaciones.

Esta evaluación se realizó con técnicas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia de acuerdo con la siguiente metodología:

- a. Verificación y evaluación de los principales procesos y procedimientos llevados a cabo en el cumplimiento de las actividades de la E.S.E.



- b. Verificación de que los funcionarios involucrados en el proceso contable cumplen con los requerimientos técnicos señalados por la entidad de acuerdo con la responsabilidad que demanda el ejercicio de la profesión contable en el sector público.
- c. Revisión y análisis de informes administrativos, contables, financieros, operativos y de gestión. Revisión que los estados financieros reflejen los hechos reales de la E.S.E.
- d. Revisión y análisis de manuales de procedimientos. Verificación de los soportes documentales de los registros contables se encuentran debidamente organizados y archivados de conformidad con las normas que regulan la materia.
- e. Análisis de las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos. Verificación de que los registros contables se efectúen en forma cronológica y guardando el consecutivo de los hechos, transacciones u operaciones realizadas.
- f. Verificación de que las cifras existentes en los estados, informes y reportes contables se encuentran soportadas con el documento idóneo correspondiente. Arqueos de caja de cada punto de facturación que tenga la E.S.E.
- g. Se realizo monitoreo y seguimiento de cumplimiento de los siguientes indicadores según la resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.



INDICADOR. 1. AVANCE PROCESO ACREDITACION. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD PARA ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR.

Se realizó seguimiento a la implementación de acreditación de la E.S.E.

INDICADOR 2. EJECUCIÓN PROGRAMA MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD PAMEC.

Se realizó seguimiento y se reorganizó el PAMEC 2023 con enfoque a acreditación, en donde se definieron las actividades a desarrollar durante la vigencia de 2024.

INDICADOR. 3. EJECUCION PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

Se hace revisión de las actividades programadas para el cumplimiento de las metas incluidas del POA 2024.

INDICADOR. 4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.

Se deben implementar estrategias que permitan cobro de cartera eficientemente para poder tener al final de la vigencia la E.S.E. SIN RIESGO.

INDICADOR. 5. GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.



servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación / No. De UVR producidas en la vigencia) / (gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación del servicio comprometidos en la vigencia anterior, en valores constantes del año objeto de evaluación/ Numero UVR producidas en la vigencia anterior)]

INDICADOR. 6. ADQUISICION DE MEDICAMENTOS.

Se deben tomar medidas para segundo semestre realizar contratación por invitación publica o contratos conjuntos con otros hospitales.

INDICADOR. 7. MONTO DE DEUDA EMPLEADOS Y PRESTACIÓN SERVICIOS MAYOR DE 30 DIAS.

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior " [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de la evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de dic. de la vigencia anterior en valores constantes)".

Se deben tomar medidas para sostener este indicador, como realizar seguimiento a proceso de presentación de cuentas de contratistas y elaboración y causación de la nómina oportunamente de empleados de la E.S.E.



INDICADOR. 8. UTILIZACION DE INFORMACION DE RIPS.

Se hace seguimiento en donde se deben presentar los cuatro (4) informe de RIPS ante la Junta Directiva de la vigencia de 2024, cumpliendo con los tiempos en la vigencia para este indicador.

INDICADOR. 9. EQUILIBRIO PRESUPUESTAL.

Resultado equilibrio presupuestal con recaudo. "Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores".

INDICADOR. 10. RENDICION CIRCULAR UNICA.

De acuerdo al seguimiento realizado, se debe presentar los informes ante la SUPERSALUD de CIRCULAR UNICA, cumpliendo con los tiempos en la vigencia para este indicador.

INDICADOR. 11. RENDICION INFORMACION DECRETO 2193 DE 2004.

Se hace seguimiento, para entregar los cuatro (4) informes de rendición según el Decreto 2193 en la página del SIHO del Ministerio de Salud y PROTECCIÓN Social dentro de los tiempos estimados, cumpliendo con los tiempos en la vigencia para este indicador.

INDICADOR. 21. CAPTACION GESTANTES.

Se verifica que se realiza actividades de demanda inducida para poder



lograr las metas establecidas, ya que es importante poder captar las gestantes antes de la semana doce.

INDICADOR. 23. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN GUIA HIPERTENSIVA.

Se debe revisar por comité de gerencia la metodología de la determinación de la toma de muestra representativa y del funcionamiento del CHC.

INDICADOR. 24. EVALUACIÓN GUIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Se debe revisar por comité de gerencia la metodología de la determinación de la toma de muestra representativa y del funcionamiento del CHC.

INDICADOR. 25. ATENCION REINGRESO URGENCIAS. Reingreso por el servicio de urgencias por la misma causa. "No. de consultas al servicio de urgencias por el mismo diagnóstico y el mismo paciente mayor de 24 horas y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa / Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa".

El monitoreo de este indicador nos permite evaluar la capacidad resolutive y la calidad de la atención en este servicio, es de vital importancia, que el profesional que analice este criterio tenga la experiencia y la competencia para poder encontrar las brechas en la prestación del servicio y direccionar los ajustes pertinentes.



INDICADOR. 26. OPORTUNIDAD CONSULTA MÉDICA GENERAL

Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.
"Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución".

4. ESTADO SISTEMA DE CONTROL INTERNO

DEBILIDADES

- Cambio constante de algunos profesionales que son elementos importantes para el desarrollo y cumplimiento de principios corporativos y el logro de los objetivos misionales.
- Falta del manual de procesos y procedimientos para ayudar a identificar omisiones de tareas y detectar errores, lo que permite proponer mejoras.
- Falta compromiso por parte de los empleados frente a la asistencia a las capacitaciones que se dan en la institución.

FORTALEZAS

Las compras que realiza la E.S.E. se realiza de acuerdo con el plan anual de compras en donde cada una de ellas cuenta con su respectivo



- Certificado de Disponibilidad Presupuestal y su Registro Presupuestal. Cabe resaltar que el archivo se encuentra organizado con las distintas cotizaciones previas a la compra.
- La cohesión del departamento administrativo y financiero al igual que la permanente revisión de la información registrada en el proceso de construcción de los estados financieros, son las principales herramientas para los eventos erróneos que se lleguen a presentar dentro de la elaboración en la construcción de los distintos estados financieros de la entidad.
- Elaboración y presentación de los informes, estados financieros y reportes contables, dentro de los plazos determinados a cada uno de los organismos de control y vigilancia.
- La información contable y financiera con sus soportes son archivadas de manera ordenada en carpetas para facilitar la consulta de las mismas.
- La información está debidamente registrada de conformidad con el Plan General de Contaduría Pública. Las personas encargadas del proceso contable cumplen con los requerimientos técnicos del sector público.
- El recurso humano es idóneo y responsable para el desarrollo de las actividades propias de la dependencia.
- Cumplimiento de los indicadores de la resolución 408 de 2018 expedida del Ministerio de Salud y Protección Social.



HALLAZGOS RELEVANTES

- Se debe implementar las tablas de retención documental y organizar archivo central e histórico como lo ordena la ley general de archivo.
- Deficiente sistema de información que coordina todo proceso de información de la E.S.E.
- Seguimiento mensual a indicadores de gestión y de calidad.

ACCIONES DE MEJORAMIENTO

- Se debe realizar una planeación financiera y presupuestal más estratégica detectando cuales son los costos que nos están afectando y determinar cuáles serán los gastos que tenemos que disminuir para que la E.S.E. pueda cumplir con la misión propuesta.
- Se debe de seguir realizando capacitaciones promoviendo la cultura del autocontrol y autogestión, por parte de los ejecutores directos de las actividades que son inherentes a su cargo.
- Se debe analizar cuál será la contratación más favorable para la E.S.E. en los nuevos contratos con las diferentes EPS, y cuáles serían los impactos tanto negativos y positivos y levantamiento de planes de mejoramiento para mitigarlos.



- La información que la E.S.E. emite, debe de ser publicada en las carteleras para que los clientes internos y externos tengan acceso a ella. También se deben de publicar los estados financieros y los actos administrativos en la página web de la entidad.
- Se deben de realizar carteleras donde se publiquen la misión, visión, objetivos organizacionales y política de calidad.
- Se debe de levantar el inventario real de activos fijos que hay en la institución.
- Se debe realizar urgente la aplicación de las tablas de retención documental solicitadas por la procuraduría general de la nación y el archivo general de la nación.

AVANCE IMPLEMENTACION DE MIPG

El propósito esencial, es establecer las políticas, los métodos y mecanismos de prevención, control, evaluación y de mejoramiento permanente de la entidad pública, que le permiten el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la finalidad social del Estado en su conjunto.

DIMENSIÓN TALENTO HUMANO

El talento humano, es decir, todas las personas que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos.



- Se ajustó el Programa y el Proceso de Inducción y Reinducción, el cual continúa realizándose de acuerdo a cambios de personal, socializando temas transversales a todos los procesos, fortaleciendo el conocimiento y buen desempeño de los colaboradores.
- Se realizaron capacitaciones con apoyo de la ARL, buscando mejorar el clima laboral, el trabajo en equipo y la productividad de los servicios.
- Se realiza seguimiento periódico por la líder de Calidad y los jefes de los servicios, a los riesgos relacionados a la Seguridad y Salud en el Trabajo y con el apoyo del COPASST y la ARL se formulan e implementan acciones de mejora.
- En las capacitaciones realizadas se hace mucho énfasis en la Misión y la visión, los principios y valores corporativos y objetivos organizacionales de la E.S.E. La operacionalización del código de ética e integridad es un compromiso de la Gerencia, los funcionarios y contratistas, ya que están comprometidos a luchar contra la corrupción, para lo cual creará compromisos tendientes a lograr este objetivo.
- Igualmente, la entidad se compromete a capacitar los funcionarios en políticas y acciones anticorrupción con el fin de evitar prácticas indebidas y le permite estar siempre atenta a las condiciones de satisfacción de los compromisos contraídos con la ciudadanía, garantiza la coordinación de las acciones y la fluidez de la



- las debilidades que se presentan en el que hacer institucional.
- Este enfoque concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la entidad.
- Durante todo el año se realizaron capacitaciones tendientes a mejorar el clima laboral y que los empleados y contratistas tengan los valores de la E.S.E. como suyos.
- Existe actualizado y socializado el manual de funciones y competencias Laborales reglamentado según normatividad vigente. Se entiende por competencias laborales, el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y valores expresados en comportamientos observables y medibles, que permite un desempeño superior y sostenible, en condiciones de incertidumbre y escasos recursos.

DIMENSION CONTROL INTERNO

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.

Se encuentra elaborado el Plan de Desarrollo de Talento Humano,

documento que incluye definido el Plan Institucional de Capacitación y

Formación según los parámetros establecidos por la Ley 909. En el



Programa de Bienestar los recursos de bienestar Esta dimensión se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno. Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General de MIPG.

- Con los cambios de Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión por parte del DAFP, se revisó y vio la necesidad de ajustar las Resoluciones de la E.S.E. que reglamentan al Comité Coordinador de Control Interno y Calidad- CCCIC aprobando la actualización del MECI. Se deben aprobar las funciones de las líneas de defensa, así como la del nuevo Comité Institucional de Gestión y Desempeño- CIGyD, para integrar algunos comités como mesas de trabajo, conservando la periodicidad de las reuniones, integrantes y funciones.
- Se socializa al comité coordinador de control interno la necesidad de ajustar el Código de Ética de la E.S.E., integrando los principios y valores que se trabajan en la Institución con el Código de Integridad del Servidor Público de la E.S.E., aprobándose el ajuste por acto administrativo firmado por la Gerencia, en el cual se relaciona el manejo de conflictos de interés, los protocolos de transparencia y prácticas anticorrupción en relación a las transacciones y los compromisos organizacionales con las partes interesadas, se definen los mecanismos para la divulgación y evaluación del cumplimiento de éste y las sanciones relacionadas.
- Entregaron según las actas del comité de bienestar con una adecuada planeación, incluyendo el Plan de Incentivos.



- El Manual de Inducción y de Reinducción, facilita la adaptación e integración del nuevo trabajador a su puesto de trabajo y a la empresa, mediante el suministro de la información relacionada con las políticas, normas, valores y procesos. Además, sirve para los trabajadores antiguos recordar sobre la plataforma estratégica de la E.S.E. y por lo tanto sus objetivos. Este manual fue elaborado y socializado con los empleados de la E.S.E.

Recomendación de la OCI: Es importante implementar mecanismos para resolver controversias laborales y monitorear la aplicabilidad de los principios valores del Código de Ética e Integridad.

DIMENSION DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

El propósito es permitirle a la E.S.E. a definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.

- El gerente de las E.S.E. elaboro documento plan de gestión y fue aprobado por Junta Directiva en el cual quedan inmersos los indicadores de gestión con sus planes y programas.
- Dentro de este plan de gestión se verifico el cumplimiento de los indicadores descritos en este documento. Se realizaron comités de evaluaciones pilotos sobre estos aspectos.



- La oficina de control interno acompañó a los jefes de los procesos en la evaluación del Plan de Acción- POA, con corte a diciembre 31 de 2024, ajustando la herramienta para facilitar el consolidado en el cumplimiento de la ejecución de las acciones. De este consolidado se generará un documento que la oficina de control interno entregará a la Junta Directiva para la evaluación del plan de gestión de gerente de la vigencia de 2024.
- Se generan los informes de la ejecución presupuestal y se presentan los resultados en forma mensual a gerencia, evaluándose los estados financieros, las estrategias para la recuperación de cartera, la continuidad en la prestación de los servicios en especial los de más alta demanda, las necesidades y solicitudes por las aseguradoras, así como el resultado de las auditorías externas e internas, y la preservación de la calidad y calidez en la atención. Las modificaciones presupuestales son realizadas de acuerdo a la normatividad vigente.
- Se notificó a los líderes de los procesos, la proximidad del cierre de la vigencia fiscal y las actividades a cumplirse para el debido proceso de cada una de las etapas de la contratación para la próxima vigencia.

Recomendación OCI: Es prioritario evaluar la ejecución presupuestal por cada uno de los proyectos que conforman el Plan de Acción Institucional, tanto al cierre de la vigencia anterior como para la proyección del Plan de Acción próxima vigencia.



DIMENSION GESTION CON VALORES PARA EL RESULTADO

Para concretar las decisiones tomadas en el proceso de planeación institucional, y teniendo en cuenta el talento humano del que se dispone, en esta Dimensión se abordan los aspectos más importantes que debe atender una organización para cumplir con las funciones y competencias que le han sido asignadas. Para ello, esta dimensión se entenderá desde dos perspectivas: la primera, asociada a los aspectos relevantes para una adecuada operación de la organización, en adelante “de la ventanilla hacia adentro”; y la segunda, referente a la relación Estado Ciudadano, “de la ventanilla hacia afuera”.

- La E.S.E. ha ejecutado en el 2024 el 100% de las actividades formuladas en el plan de acción de la estrategia de Participación Ciudadana en Salud.
- La Gerencia socializó la forma de hacer partícipe al usuario en su proceso de atención segura y sin riesgos, teniendo en cuenta que fue clasificada como una buena práctica en los Modelos de Seguridad según los aprobados en la Política de Seguridad del Paciente.
- Se entablan reuniones con los representantes y delegados de las aseguradoras con el fin de realizar convenios de pagos, ampliar el portafolio de servicios para la población, favorecer el acceso a las maternas, generar estrategias conjuntas para disminuir las devoluciones de facturas, o rechazo de actividades.
- Con la gestión del todo el Equipo Gerencial se desarrolló actividades de avance en la estrategia de Gobierno Digital.



- lográndose la implementación de la página web de la E.S.E. y poder tener para la comunidad el portafolio que ofrece el hospital al igual que toda la información de la institución.
- Se cuenta con el Normograma Institucional que se actualiza 3 veces al año con las normas transversales, ya que las Empresas Sociales del Estado, tienen una amplia reglamentación y con demasiada frecuencia se expiden normas nuevas dificultando el poder consolidarlas todas y realizar el seguimiento en forma permanente.
- La Oficina de Jurídica reporta al comité de sostenibilidad contable y de conciliación, los procesos judiciales en los que está inmerso el hospital, relacionando los hechos que llevaron a esto, así como el riesgo de pérdida y cuantía de alguno de los casos.
- Se terminó la actualización de listado de Informes normativos a reportar a los Entes de Vigilancia y Control, y se le anexaron los informes que por norma se deben publicar en la página web de la Entidad.
- Se realizó reforma física del área de urgencias, buscando dar respuesta a la alta demanda y saturación de este servicio, a pesar de la ampliación y desplazamiento de la atención de las maternas.

DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS

Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera

permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y



metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y si general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión.

Tiene como propósito promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico. Tener un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado, le permite a la entidad (i) saber permanentemente el estado de avance de su gestión, (ii) plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas, y (iii) al final del periodo, determinar si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, en las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de recursos. La Evaluación de Resultados permite también definir los efectos de la gestión institucional en la garantía de los derechos, satisfacción de las necesidades y resolución de los problemas de los grupos de valor.

- Se lleva un cumplimiento del 100% de las reuniones mensuales del Comité de Gerencia, donde la Gerencia y el resto del equipo son informados de los avances en la gestión, logro de metas de indicadores, grado de satisfacción de los usuarios y sugerencias recibidas en la encuesta de satisfacción, así mismo la situación y resultados financieros del proceso, junto con las medidas y acciones para mitigar la materialización de los riesgos y mejoras en la gestión con el equipo de trabajo, área física y plan de



- En el Comité Coordinador de Control Interno y Calidad realizados
- se socializaron los resultados del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano, análisis consolidado de las Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias PQRSD por servicio con los ajustes realizados por la Oficina de Control Interno-OCI, y la ejecución del Plan de Auditoría de la OCI. Igualmente se cumple con el 100% de la agenda y cronograma de reuniones.
- Se ejecutó el seguimiento de los avances en los planes de acción formulados en los autodiagnósticos y en el Plan de mejoramiento.
- Desde Gestión de la Calidad se continua con las autoevaluaciones del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad bajo los estándares de acreditación, así como las auditorias de procesos, paciente trazador, adherencia a guías y al registro correcto en la historia clínica, eventos de vigilancia epidemiológica, actividades de promoción y prevención; análisis de reingresos, eventos de seguridad, reportando los resultados de éstas y las recomendaciones de mejora a los líderes de los servicios, con informe de los resultados en el Comité de Calidad, como consta en las actas de comités.

DIMENSION INFORMACION Y COMUNICACION

MIPG define la Información y Comunicación como una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión.



Esta dimensión tiene como propósito garantizar un adecuado flujo de información interna, es decir aquella que permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, esto es, aquella que le permite una interacción con los ciudadanos; para tales fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

- Se utiliza el dominio del correo electrónico de la E.S.E., identificándose la E.S.E como una entidad del estado, quedando www.esesanjungandedioselpitalhuila.gov.co, ajuste que se difunde por mensaje automático a todos los contactos creados y los nuevos para conservar el flujo de información con los grupos de valor.
- En el comité de gerencia se reporta los resultados en la gestión de los trámites en el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes, reportando las dificultades y estrategias para ampliar la capacidad de respuesta de la E.S.E.
- Se proyectaron varios documentos relacionados al uso de la tecnología de la información y comunicaciones-TIC, se aprobaron la política de seguridad de la información y la de Gobierno Digital, así como las estrategias para su implementación, esta información se socializó a todo el personal indicando la forma de cumplir con estas políticas.
- A través de procedimiento para el trámite de las PQRS, se da respuesta oportuna a las peticiones, quejas y reclamos presentados por los usuarios, permitiendo identificar la



efectividad en la respuesta de acuerdo con la manifestación

- recibida, así mismo facilita el seguimiento a los planes de mejora formulados por los jefes de procesos.

DIMENSION GESTION DEL CONOCIMIENTO Y DE LA INNOVACION

La Gestión del Conocimiento y la Innovación fortalece de forma transversal a las demás dimensiones (Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno e Información y Comunicación) en cuanto el conocimiento que se genera o produce en una entidad es clave para su aprendizaje y su evolución.

Esta dimensión dinamiza el ciclo de política pública, facilita el aprendizaje y la adaptación a las nuevas tecnologías, interconecta el conocimiento entre los servidores y dependencias, y promueve buenas prácticas de gestión.

- Desde gestión de la información se autorizan los permisos para acceder a las capacitaciones virtuales programadas por las entidades externas, con temas transversales y de importancia para diferentes grupos de trabajo. Se abre el espacio para la asistencia de los funcionarios interesados.

- En forma semanal se cuenta en primer lugar con una capacitación en donde se exponen todas las actualizaciones de atención en



salud, incluidas guías clínicas y protocolos de enfermería. Adicionalmente se cuenta con un espacio académico con la

- gerencia, donde se comparte la revisión conjunta entre varias especialidades de un caso clínico de interés o complejo, así como la actualización de la guía de clínica específica y a la vez la experiencia en el manejo de casos similares y/o las acciones de mejora implementadas para evitar riesgos de seguridad.

DIMENSION CONTROL INTERNO

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.

Esta dimensión se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno. Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General de MIPG.

- Con los cambios de Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión por parte del DAFP, se revisó y vio la necesidad de ajustar las Resoluciones de la E.S.E. que reglamentan al Comité Coordinador de Control Interno y Calidad- CCCIC aprobando la actualización del MECI. Se deben aprobar

las funciones de las líneas de defensa, así como la del nuevo Comité Institucional de Gestión y Desempeño- CIGyD, para



integrar algunos comités como mesas de trabajo, conservando la periodicidad de las reuniones, integrantes y funciones.

-
- Desde comité coordinador de control interno se garantiza el seguimiento a los planes de acción, a los objetivos estratégicos, solo afectada por la crisis del sector salud que limita el flujo de recursos para cumplir con el Plan de Desarrollo, así mismo se efectúa el seguimiento al control de los riesgos de acuerdo a las instrucciones y política de gestión de riesgos.
- Con cada uno de los líderes de procesos, se lideraron campañas, con una gran cobertura ante la integración de diferentes actividades que promueven el uso racional de los recursos, la Seguridad y Salud en el Trabajo, el cuidado del medio ambiente y hábitos de vida saludable.
- A través de los reportes en los Comités coordinador de control interno y de calidad respecto a los resultados de las auditorías, autoevaluaciones, seguimiento a los planes de acción, matriz de riesgo y planes de mejora, así como el informe de la evaluación independiente de la OCI, se comunica las deficiencias en el Sistema de Control Interno y se formulan las acciones conducentes a corregir las desviaciones y fortalecer el seguimiento y control bajo los principios de autocontrol y autogestión.

Recomendación OCI: Revisar la política de gestión de riesgos con respecto a la propuesta de política del DAFP, así como el Manual e Instructivo para la Gestión de los Riesgos de la E.S.E.



La gerencia al ver la disminución de los ingresos de la E.S.E. Hospital del Perpetuo Socorro de Villavieja – Huila, tomo medidas para mitigar el impacto negativo. La disminución en los gastos generales como son los servicios públicos, las compras de almacén y otros.

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Una vez verificado y evaluado el control interno contable, se garantiza que la información financiera, económica y social cumple con los requisitos a que se refiere el capítulo 5 del Plan general de la contabilidad pública y la resolución No.400 del 1 de diciembre de 2000.

La E.S.E tiene creado el departamento de contabilidad dando cumplimiento al artículo 5 de la Ley 298 del 1996, conformado por un profesional de la contaduría pública y otro grupo de eficientes colaboradores todos hacen que la información contable sea oportuna, confiable y verificable.

A partir de las directrices y políticas formuladas y aprobadas por la Alta Dirección, así como los resultados de la gestión y cumplimiento de las actividades formuladas por cada uno de los procesos bajo el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la E.S.E. viene avanzando en la implementación del Modelo de forma integral, desarrollando actividades conjuntas y se refuerza en los equipos de trabajo la práctica y el comportamiento ético e íntegro formulados en el Código de Ética e Integridad, base del Modelo de Cultura Organizacional.



claramente los roles y responsabilidades para la gestión de riesgos y de los controles, a través del esquema de Líneas de Defensa.

La estructura por componentes del control permite:

- Asegurar un ambiente de control que le permite a la E.S.E. disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno.
- Permite identificar, evaluar y gestionar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.
- Facilita el diseño e implementación de controles para dar tratamiento a los riesgos institucionales.
- Facilita el flujo de información y la comunicación para el mantenimiento del Sistema de Control Interno.

En lo referente a las políticas de control interno:

- Agrega valor a la gestión y el desempeño de la entidad, en términos de simplicidad y utilidad de sus requerimientos y del aporte a la eficiencia y eficacia.
- Define claramente los lineamientos para su implementación.
- Dispone de guías, instructivos, u otros documentos que faciliten su comprensión e implementación.
- Es pertinente con la realidad institucional de la entidad provee acompañamiento y asesoría por parte del líder de la política (Departamento Administrativo de la Función Pública).

Las políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano adoptadas por la alta dirección de la E.S.E. responden a las competencias requeridas en los servidores para el logro de los objetivos, permiten atraer, desarrollar y retener a las personas



competentes para el logro de los objetivos y son efectivas.

Se desarrolló el plan anual de auditorías 2024 el cual:

- Evaluar la efectividad de los mecanismos de información interna y externa, así como la disponibilidad, confiabilidad, integridad y seguridad de la misma.
- Evalúa la oportunidad, integralidad y coherencia de la información suministrada por parte de los líderes de proceso con destino al organismo de control.
- Comunica a la alta dirección y a los demás responsables del sistema de control interno, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación.
- Se estableció y ejecuto el plan anual de auditoría basado en riesgos.
- Se evaluó la efectividad de las acciones desarrolladas por la entidad frente al cumplimiento de las políticas de gestión y desempeño institucional y del sistema de control interno.
- Se evaluó la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos.

Evalúa la efectividad de los controles de los riesgos asociados a los procesos auditados.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Formular las acciones correctivas y planes de mejora de forma oportuna y de manera sistemática, ante los hallazgos de las auditorías internas y externas, los resultados de las autoevaluaciones, las tareas dejadas en comités y las escaladas desde otros procesos.



- Revisar, ajustar o generar nuevos mecanismos que incentiven la participación activa de la ciudadanía en las decisiones de la E.S.E. desde la planeación, ejecución, monitoreo y propuestas de mejora que contribuyan al logro de las metas.
- A través de una comunicación efectiva y asertiva se debe bajar la información de manera clara y precisa a todos los niveles, lo cual permite la adherencia del personal a los procesos y búsqueda de estrategias colectivas para el logro de los objetivos Institucionales.
- Se debe continuar con la Sensibilización a todos los servidores Públicos en la generación de una cultura de minimización de gastos de papelería, impresión del papel por ambas caras para las impresiones, utilización permanente del correo electrónico como medio de envío de documentos en borrador o preliminares para revisión, elaboración de comunicados internos a través del correo electrónico, entre otros.
- Diseñar prácticas para conservar al interior de la E.S.E., el conocimiento adquirido que se lleva al momento del retiro del servidor e indispensable para dar continuidad en los procesos con el mínimo de errores y reprocesos.
- Desarrollar el programa de preparación para el retiro del servicio o readaptación laboral de los colaboradores de la E.S.E., preparándolos física y emocionalmente para la aceptación del cambio.

- Se debe continuar con la sensibilización de la política de



austeridad del gasto de la E.S.E. a todos los funcionarios de las distintas áreas funcionales, con el objetivo que se dé cumplimiento a esta política; ya que permite la minimización de los gastos de la E.S.E.

- Fomentar dentro de los empleados de la E.S.E. y los usuarios de los servicios el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones.
- Continuar con la cultura de Autocontrol y Autoevaluación en todos y cada uno de los funcionarios de la E.S.E., permitiendo la minimización de los riesgos de la institución.

5. CONCEPTO DE OFICINA CONTROL INTERNO

En concepto de esta Oficina Asesora de Control Interno, y teniendo como evidencias las evaluaciones adelantadas frente al Control Interno Contable 2024, el diagnóstico MECI 2023, podemos inferir que el Sistema de Control Interno en la E.S.E. Hospital del Perpetuo Socorro para la vigencia 2024 presenta un nivel **ADECUADO** de implementación y desarrollo permitiendo el logro de los objetivos institucionales, su Misión y Visión.

La evaluación consistió en un examen autónomo e independiente al Sistema de Control Interno y de las acciones llevadas a cabo por la E.S.E., para dar cumplimiento a los planes, programas y proyectos con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el plan de Gestión para la vigencia 2024.



En ejercicio de las funciones desarrolladas por la Oficina Asesora de Control Interno se puede resaltar que para la vigencia 2024 se reportaron los informes de ley a los diferentes órganos de control y vigilancia, así como a la alta dirección de la E.S.E. en cumplimiento de la normatividad legal vigente y de la misión Institucional.

Ponemos el
Corazón
a lo que hacemos