TRD-1000-18-27-07

INFORME DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

ENERO – JUNIO

2022

Fecha de corte: Junio 30 de 2022

Control Interno
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ
Empresa Social del Estado

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....3

OBJETIVO..... 3

ALCANCE..... 4

METODOLOGIA..... 4

INFORME FINANCIERO.....4

AUSTERIDAD EN EL GASTO 10

INFORME DE PQRS.....14

PLAN ANTI-CORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO..... 17

SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO A DIFERENTES AUDITORIAS

..... 21

CONCEPTO DEL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO 24

INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital Universitario "TOMAS URIBE URIBE" de Tuluá, reconoce el control interno como parte integral de la estructura administrativa y funcional, tal como lo establecen los artículos 209 y 269 de la Constitución Nacional y lo reglamenta la ley 87 de 1993. Lo anterior implica que la Institución acata lo referido en el Decreto N°1083 del 26 de mayo de 2015 "Único de la Función Pública" y en los Decretos N°648 del 19 abril de 2017 y N°1499 del 11 de septiembre de 2017, que lo modifican y adicionan, relacionadas con los roles de las Oficinas de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – M.I.P.G.; igualmente, cumple las directrices del Consejo Asesor de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial y del Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional.

Dentro de este nuevo M.I.P.G., el Sistema de Control Interno se define como la Dimensión 7 del modelo, articulándose como una herramienta orientadora y dinamizadora, clave para el mejoramiento continuo de la gestión de la entidad y para asegurar razonablemente que las demás dimensiones cumplan su propósito; evaluando, de manera independiente, el estado de los componentes del nuevo Modelo Estándar de Control Interno – M.E.C.I.: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo; aplicando las actividades propias de la Tercera Línea de Defensa que nos orienta el M.I..P.G.

Bajo estos lineamientos, la Oficina de Control Interno presenta el estado del Sistema de Control Interno, el avance en la implementación del M.I.P.G. y algunas recomendaciones tendientes al fortalecimiento institucional; partiendo de las actividades adelantadas dentro de los roles asignados a la tercera línea de defensa institucional, plasmadas en el Programa Anual de Auditoría.

OBJETIVO

Presentar el estado del Sistema de Control Interno en la entidad, y su nivel de articulación dentro de la estructura del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión M.I.P.G., en cada una de sus dimensiones y políticas.

ALCANCE

La evaluación corresponde al periodo comprendido entre el 01 de Enero y el 30 de junio de 2022; y contempla los resultados de la gestión institucional y de la Oficina de Control Interno dentro del marco del fortalecimiento del Sistema de Control Interno y en general, del M.I.P.G.

METODOLOGIA

El presente Informe de Gestión de Control Interno, ha sido elaborado teniendo en cuenta los diferentes fuentes y soportes como los informes de la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional como líder delegada por la Gerencia para la implementación del M.I.P.G., los seguimientos realizados por nuestra oficina a cada uno de las políticas que integran el M.I.P.G., los informes de las auditorías desarrolladas en cumplimiento del respectivo Programa Anual de Auditoría, los informes de visitas de entes de control externo, los seguimientos a los planes institucionales y a los planes de mejoramiento, tanto internos como externos; como también en múltiples comités institucionales, en reuniones de asesoría y acompañamiento y en general las actividades desarrolladas en cumplimiento de nuestros roles; en las cuales nos apoyamos para evaluar, de manera independiente, el avance en la implementación del Modelo Estándar de Control Interno y su nivel de articulación con el M.I.P.G.

INFORME FINANCIERO

Evaluación Financiera

La revisión se fundamenta en normas establecidas por la contaduría General de la Nación para el análisis de estados financieros y por consiguiente se obtuvo la información y conocimiento de los procedimientos utilizados en la preparación de dichos estados y mediante procedimientos analíticos de revisión, se hicieron pruebas de los documentos y registros de contabilidad. El alcance de esta revisión es menor al que se practica a los estados financieros al finalizar el período, conforme a normas de auditoria generalmente aceptadas.

De acuerdo con lo anterior realizamos la revisión de las diferentes cuentas del balance, de los libros de contabilidad y de comercio y de otros aspectos legales relacionados con la información financiera allegada por parte de la jefa financiera de la institución.

RESULTADO DEL TRABAJO

Análisis Financiero

Conforme al resultado de nuestras pruebas de análisis financiero podemos determinar que la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE, presenta cifras razonables en sus estados financieros intermedios, en todos sus aspectos importantes con corte a junio 30 de 2021, sin embargo existen algunas oportunidades de mejora las cuales mencionaremos, y sobre las cuales emitiremos las recomendaciones del caso.

Conforme a los registros contables presentados por la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE con corte a junio 30 de 2021, la estructura financiera de la compañía es la siguiente:

Balance General

En el periodo de enero 01 a junio 30 de 2022 los activos aumentaron en un 37% con relación al año 2020, los pasivos en un 25% y el patrimonio presento una variación del 64%.

A continuación presentamos un detalle de las cuentas así:

CODIGO	DETALLE	JUNIO 2021.	JUNIO 2022.	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
1	TOTAL ACTIVOS	$ 131.342.900.717	$ 95.784.355.537	$ 35.558.545.180	37%
2	TOTAL PASIVOS	$ 83.482.766.913	$ 66.684.529.651	$ 16.798.237.262	25%
3	TOTAL PATRIMONIO	$ 47.860.133.804	$ 29.099.825.886	$ 18.760.307.918	64%
	TOTAL PASIVO MAS PATRIMONIO	$ 131.342.900.717	$ 95.784.355.537	$ 35.558.545.180	37%

- ✓ En los activos se observa un aumento por valor de $35.558.545.180 millones que equivale a un 37%, siendo lo más representativo el aumento el aumento en el disponible por valor de $4.898.937.976 millones en las cuentas bancarias.

- ✓ Los derivados e inversiones se encuentran estable durante las dos vigencias.

- ✓ Un aumento en los deudores por valor de $22.548.679.977 millones que representa un 37%, producto del aumento en los clientes nacionales.

- ✓ En los pasivos se observó un aumento de $16.798.237.262 millones que equivale a un 25%, donde el aumento más representativa se observa en las provisiones por valor de $7.311.349.189 millones que representa un 148%.

- ✓ En el patrimonio se presenta una variación por valor de 18.760.307.918 millones que equivale a un aumento del 64% en lo que respeta al año 2020, que está representado así:

Estado de Resultados

A continuación presentamos el estado de resultados comparativo de los periodos de Enero a Junio de 2021 y Enero a junio de 2022:

CODIGO	DETALLE	ACUMULADO JUNIO 2021	ACUMULADO JUNIO 2022	VARIACIÓN	%
	INGRESOS ORDINARIOS				
4312	VENTAS SERVICIOS DE SALUD	$ 79.794.866.383	$ 37.286.039.142	$ 42.508.827.241	114%
4390	ASISTENCIA TECNICA	$ 0	$ 8.067.590	-$ 8.067.590	-100%
	TOTAL INGRESOS ORDINARIOS	$ 79.794.866.383	$ 37.294.106.732	$ 42.500.759.651	114%
	MENOS COSTO DE VENTAS POR SERVICIOS				
6310	SERVICIOS DE SALUD	$ 61.429.771.175	$ 42.982.866.259	$ 18.446.904.916	43%
	Utilidad Bruta	$ 18.365.095.208	-$ 5.688.759.527	$ 24.053.854.735	-423%
	MENOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN				
5101	SUELDOS Y SALARIOS	$ 1.150.845.623	$ 1.160.232.494	-$ 9.386.871	-1%
5102	CONTRIBUCIONES IMPUTADAS	$ 23.258.347	$ 31.431.567	-$ 8.173.220	-26%
5103	CONTRIBUCIONES EFECTIVAS	$ 338.181.844	$ 298.277.758	$ 39.904.086	13%
5104	APORTES SOBRE LA NOMINA	$ 59.187.000	$ 76.914.700	-$ 17.727.700	-23%
5107	PRESTACIONES SOCIALES	$ 481.554.787	$ 727.450.242	-$ 245.895.455	-34%
5108	GASTOS DE PERSONAL DIVERSOS	$ 97.506.800	$ 76.211.086	$ 21.295.714	28%

5111	GENERALES	$ 10.894.288.816	$ 8.301.710.940	$ 2.592.577.876	31%
5120	IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS	$ 87.754.577	$ 43.904.696	$ 43.849.881	100%
5360	DEPRECIACIÓN DE PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	$ 727.578.238	$ 589.523.040	$ 138.055.198	23%
5366	AMORTIZACIÓN DE ACTIVOS INTANGIBLES	$ 0	$ 16.652.055	-$ 16.652.055	-100%
		$ 13.860.156.032	$ 11.322.308.578	$ 2.537.847.454	22%
	Utilidad Operacional	$ 4.504.939.176	-$ 17.011.068.105	$ 21.516.007.281	-126%
	MAS OTROS INGRESOS				
4430	SUBVENCIONES O TRANSFERENCIAS	$ 4.484.837.737	$ 6.889.757.902	-$ 2.404.920.165	-35%
4802	FINANCIEROS	$ 1.771.006.285	$ 163.908.936	$ 1.607.097.349	980%
4808	INGRESOS DIVERSOS	$ 76.295.184	$ 1.288.520.738	-$ 1.212.225.554	-94%
		$ 6.332.139.206	$ 8.342.187.576	-$ 2.010.048.370	-24%
	MENOS OTROS GASTOS				
5802	COMISIONES	$ 7.769.272	$ 426.549	$ 7.342.723	1721%
5804	DESVALORIZACIÓN CUENTA GLOBAL CESANTIAS	$ 20.890.380	$ 150.730.901	-$ 129.840.521	-86%
5804	CARTERA CASTIGADA	$ 980.482.522	$ 2.348.991.973	-$ 1.368.509.451	-58%
5804	GLOSA DEFINITIVA	$ 162.739.352	$ 0	$ 162.739.352	
5804	PERDIDA POR AJUSTE INVENTARIO FISICO	$ 65.342.705	$ 0	$ 65.342.705	
5890	GASTOS DIVERSOS	$ 563.763.673	$ 894.097.552	-$ 330.333.879	-37%
		$ 1.800.987.904	$ 3.394.246.975	-$ 1.593.259.071	-47%
	Resultado Integral del Periodo	$ 9.036.090.478	-$ 12.063.127.504	$ 21.099.217.982	-175%

- ✓ Los ingresos operacionales en el presente periodo se incrementaron en un 114%, en comparación con el año inmediatamente anterior.

- ✓ En los gastos de administración se presenta un aumento de $2.537.847.454 millones que equivale a un 22% representado principalmente por los gastos contribuciones y afiliaciones, seguros, provisiones y en su mayoría por pago de impuestos.

- ✓ En los gastos de ventas se observa un aumento de $18.446.904.916 millones que equivale al 43%, básicamente en los rubros de adecuación e instalación de los arreglos realizados en las regionales, diversos, gastos de viaje y gastos legales.

- ✓ En los ingresos no operacionales se observa una disminución por valor de $2.404.920.165 millones que representa un 35% en las transferencias y un 94% por ingresos diversos. Un incremento por valor de $1.607.097.349 millones que equivale a un 980%, específicamente en los ingresos financieros.

- ✓ En los gastos no operacionales se observa una disminución por valor de $1.593.259.071 millones que representa un 47% respeto al año anterior. Un aumento en las comisiones de 1721%.

Evaluación Financiera

Nuestra revisión fue hecha de acuerdo con normas establecidas por la profesión para la revisión de estados financieros de períodos intermedios y por consiguiente se obtuvo la información y conocimiento de los procedimientos utilizados en la preparación de dichos estados, se hicieron las investigaciones con los funcionarios responsables de los asuntos financieros contables y, mediante procedimientos analíticos de revisión, se hicieron pruebas de los documentos y registros de contabilidad. El alcance de esta revisión es menor al que se practica a los estados financieros al finalizar el período, conforme a normas de auditoria generalmente aceptadas. De acuerdo con lo anterior realizamos la revisión de las diferentes cuentas del balance, de los libros de contabilidad, de comercio y de otros aspectos legales relacionados con la información financiera.

Análisis Financiero

Conforme al resultado de nuestras pruebas de análisis financiero podemos determinar que la compañía presenta cifras razonables en sus estados financieros intermedios, en todos sus aspectos importantes con corte a junio 30 de 2022, sin embargo existen algunas oportunidades de mejora y sobre las cuales emitiremos las recomendaciones del caso.

Igualmente presentamos un breve análisis financiero de las razones financieras del Hospital Tomas Uribe Uribe, el cual nos permite evidenciar la estructura financiera y sus variaciones en el periodo de Enero a junio de 2022.

ANALISIS A LA CAPACIDAD FINANCIERA:

De acuerdo a las liquidaciones de los indicadores financieros, podemos analizar:

Índice de liquidez = Activo Corriente / pasivo corriente……. debe ser >= 1.1

Podemos decir que el Hospital se encuentra dentro del margen exigido, con la probabilidad de cumplir con las obligaciones a corto plazo. Por cada peso del pasivo la empresa tiene 1.10 para cubrirlo.

Índice de Endeudamiento = Pasivo Total / Activo Total…… debe ser = < 60%

Las empresas se encuentran por debajo del índice, teniendo en cuenta que la Empresa está casi en el límite de endeudamiento con un 64%, teniendo en cuenta que a mayor índice es más probable que la empresa no pueda cumplir con sus pasivos.

Apalancamiento Total: Compara el total de los pasivos a través del patrimonio.

Por cada peso de patrimonio, la empresa debe $1.74 a junio 30/2021 y $2.29 a septiembre 30/2022.

Capital de Trabajo: representa la inversión de la empresa en activos a corto plazo. Activos (Efectivo, ventas netas, cuentas por cobrar, inventarios) deben estar disponibles para cubrir necesidades del Hospital.

Margen de Utilidad Neta. Es la Utilidad obtenida después de pagar todos los gastos e impuestos.

Prueba Acida: capacidad de la empresa para generar flujos de efectivo a corto plazo. Esta se basa en la existencia de suficientes recursos en efectivo, inversiones temporales y cartera, pero sabemos que estos recursos no generan rentabilidad para la empresa.

RECOMENDACIONES:

Se espera que entre mayor sea el índice de liquidez, mayor sea la solidez y capacidad de pago de la empresa, pero sucede que para que la empresa tenga una buena liquidez debe disponer de un activo corriente elevado, lo cual puede no ser lo más conveniente.

La cartera es un rubro que por lo general no genera rentabilidad alguna. El servicio se presta a los usuarios, lo cual genera una cuenta por cobrar incierta por la demora en el pago, por tanto, entre mayor sea la cartera mayor serán los recursos

inmovilizados que no contribuyen a generar renta, de ahí la gran importancia de realizar una buena gestión de cartera.

Puede ser mucho más rentable tener poca liquidez, pero en cambio invertir los recursos en activos productivos que generen la suficiente rentabilidad que permitan un mayor dinamismo en la empresa, lo que al final de cuentas es lo que fortalece las finanzas de la empresa.

Si se trata de la capacidad para pagar obligaciones, la mejor forma es generar el flujo de efectivo suficiente, lo que no se logra con la inmovilización de recursos en activos con poca capacidad para generar efectivo.

Retos para el fin de año 2022 y los años 2023-2024, Incrementar ingresos provenientes de atención de pacientes, Incrementar la gestión de cobro y recaudo de obligaciones de las EPS y Mantener un nivel de recaudo de cartera que permita cumplir con las obligaciones y la sostenibilidad. 2022 ha sido un año difícil para la sostenibilidad financiera del hospital, sumado a la cartera histórica acumulada, se liquidan nuevas EPS e incrementa la cifra de cartera difícil de recaudar, y no se logran recaudos significativos con el Acuerdo de Punto de Final.

AUSTERIDAD EN EL GASTO

Las actividades propias de la Oficina de Control Interno de **la ESE Hospital Departamental TOMAS URIBE URIBE de Tuluá**, dando cumplimiento al Decreto 1737 de 1998 y al Decreto 0984 del 14 de mayo de 2012, Decreto 1068 de 2015 *"Las oficinas de Control Interno, verificaran en forma mensual el cumplimiento de estas disposiciones…preparara y enviara al representante legal un informe trimestral… El informe de austeridad que presenten los jefes de control interno podrá ser objeto de seguimiento por parte de la Contraloría General de la Republica, a través del ejercicio de sus auditorías regulares… En todo caso será responsabilidad de los secretarios generales, o quien haga sus veces, velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones aquí contenidas*" y con propósito de fomentar las actividades en materia de austeridad y eficiencia del gasto público realiza auditoria a la gestión administrativa con el fin de evaluar el cumplimiento normativo en materia de Austeridad en el gasto público al interior de la Institución.

La evaluación comprende el tercer trimestre de la vigencia 2021 el cual abarca los lineamientos recomendados por el marco normativo e incluirá revisión a: **ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL, CONTRATACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES, PUBLICIDAD Y PUBLICACIONES, SERVICIOS ADMINISTRATIVOS, OTRAS DISPOSICIONES,** bajo el enfoque de la política de austeridad, de conformidad a lo establecido el artículo 22 del Decreto 1737 de

1998, modificado por el Decreto 984 de 2012, modificado por el Decreto 1068 de 2015.

Lo anterior, en procura del mejoramiento continúo de la entidad, mediante la detección y prevención de los potenciales riesgos que impidan lograr las metas y los objetivos institucionales y el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión MIPG.

METODOLOGIA:

En general se aplicaron lineamientos de verificación, evaluación, normas y principios de auditoria generalmente aceptadas y técnicas de auditoria contemplados en los principios de integridad, presentación imparcial, confidencialidad e independencia, los cuales se encuentran sustentados en el enfoque basado en evidencias, tales como: la obtención de evidencia válida y suficiente por medio del análisis, inspección de documentos, conciliaciones, entrevista al equipo de trabajo.

Con este insumo y las demás actividades realizadas durante la vigencia, la Oficina de Control Interno realizó verificación de la información suministrada, a través de la revisión de informes, documentos fuente, procedimientos y diversos soportes documentales, dando como resultado el presente informe final.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Para la elaboración del Informe de Austeridad y Eficiencia en el Gasto, se tuvo en cuenta la información suministrada por los siguientes procesos: Financiera, Talento Humano, Jurídica, Contratación, Suministros, Inventarios, entre otros.

GASTOS GENERALES	TERCER TRIMESTRE 2020	TERCER TRIMESTRE 2021	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
Materiales de oficina	$20.022.396	$31.723.448	$11.701.052	58%
servicio de fotocopias-papelería	$39.230.611	$97.288.536	$58.057.925	148%
Publicidad	$37.816.800	$134.982.020	$97.165.220	257%
Comisiones - Gastos Bancarios	$14.393.010	$15.095.083	$ 702.073	4%
Viáticos - gastos de viaje	$ 5.334.088	$11.744.237	$ 6.410.149	120%
Mantenimiento	$1.286.460.977	$413.586.446	-872.874.531	-68%
Vigilancia	$377.098.779	$737.039.688	$359.940.909	95%
Arrendamiento Adtivos.	$67.784.000	$80.537.092	$12.753.092	19%
TOTALES	$1.848.140.661	$1.521.996.550	$326.144.111	-17%

De acuerdo a información de los estados financieros con corte al 30 de septiembre de 2021 podemos observar que en lo que respecta a la Austeridad en los gastos generales más representativos se presentó una disminución del 17% en comparación a los gastos efectuados en el periodo anterior, El rubro de mantenimiento fue el más significativo con una disminución de $ 872.874.531 que representa un 68% y en cuanto al incremento se evidenció que los gastos de papelería y en publicidad aumentaron en un 148% y un 257% respecto al periodo 2020 a lo que debe hacerse un análisis y hacer un plan de austeridad.

CONCEPTO	TERCER TRIMESTRE 2020	TERCER TRIMESTRE 2021	VARIACIÓN RELATIVA
GASES DE OCCIDENTE	$ 109.765.885	$ 116.765.540	6%
TULUASEO	$ 12.710.300	$ 24.768.520	95%
ACUEDUCTO - ALCANTARILLADO	$ 92.611.842	$ 78.756.316	-15%
TELEFONIA E INTERNET.	$ 142.781.412	$ 228.482.379	60%
ENERGIA	$ 309.598.371	$ 476.810.197	54%
TOTALES	$667.467.810	$925.582.952	38.67%

El gasto total comprometido por concepto de servicios públicos durante el período objeto de evaluación fue de $925.582.952, en el cuadro anterior se advierte un incremento de $258.115.142 equivalente al 38.67% en comparación con el mismo trimestre de la vigencia anterior.

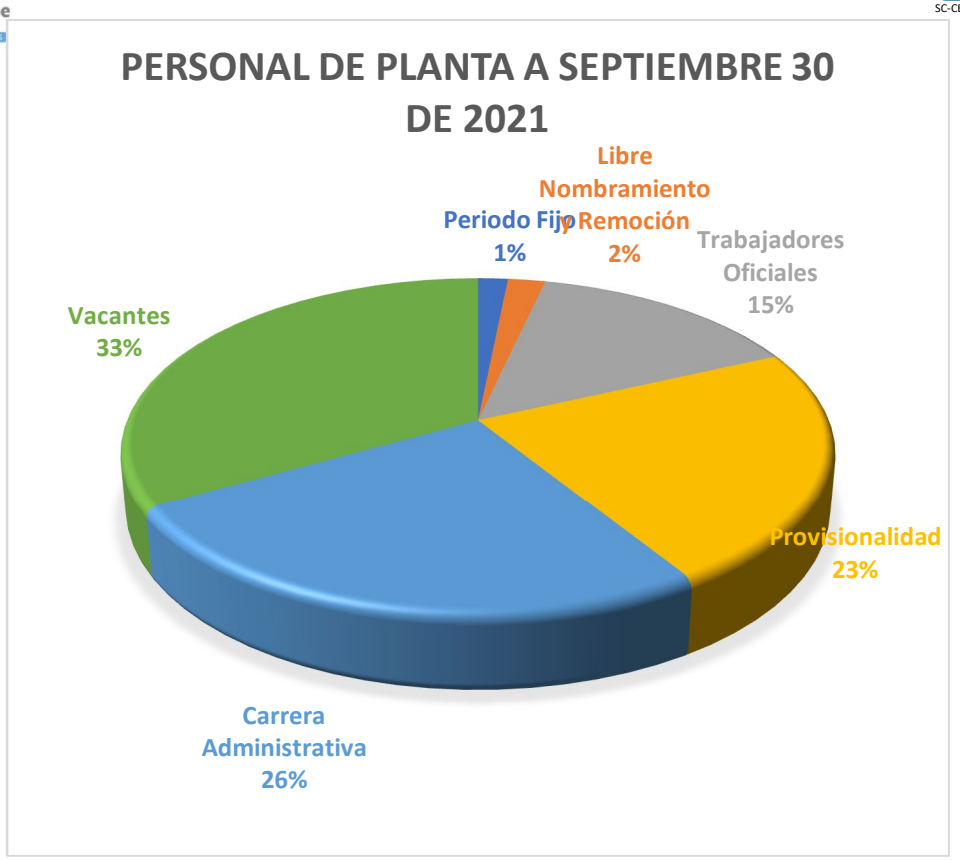
ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL.

Planta De Personal

Para el periodo evaluado, ESE Hospital Departamental TOMAS URIBE URIBE de Tuluá, presenta una planta de personal para la vigencia 2021 de 253 personas, aprobado mediante acuerdo Junta Directiva No 013 de septiembre de 2020 y aforada a través de los rubros presupuestales No 2110101 PERSONAL DE NOMINA ADMINISTRATIVOS por valor de $ 2.666.072.983 (dos mil seiscientos millones setenta y dos mil novecientos ochenta y tres pesos mcte) y 2110201 PERSONAL DE NOMINA OPERATIVOS por valor de $ 5.405.704.515 (cinco mil cuatrocientos cinco millones setecientos cuatro mil quinientos quince pesos mcte).

De la desagregación de cargos se pudo evidenciar que el 67% de los cargos se encuentra ocupado y el 33% se encuentran vacantes.

PERSONAL DE PLANTA A SEPTIEMBRE 30 DE 2021	
MODALIDAD	**CANTIDAD**
Periodo Fijo	4
Libre Nombramiento y Remoción	5
Trabajadores Oficiales	37
Provisionalidad	58
Carrera Administrativa	65
Vacantes	84
TOTAL	**253**



RECOMENDACIONES

Es importante seguir con la política de Austeridad en el gasto ya que así se puede dar cumplimiento a las medidas establecidas por el Gobierno Nacional, además de fortalecer las campañas de sensibilización en la utilización de los recursos para optimizar la gestión y el buen desarrollo de las actividades, dando cumplimiento a las políticas de eficiencia y Austeridad del gasto al interior de las dependencias y oficinas de la Empresa. Atender las instrucciones que se imparten en la Directiva Presidencial 01 de febrero 10 de 2016, para racionalizar los gastos de funcionamiento que deben asumir todos los funcionarios públicos, en materia de reducción de gastos generales.

.CONCLUSIONES

1. No se cuenta con una política de austeridad del gasto definida, que promueva la ejecución de los recursos de manera eficiente a través de acciones concretas.

2. Continuar el fortalecimiento de las labores de control y seguimiento a las actividades que están determinadas en la normatividad sobre austeridad del gasto público, con el fin que el gasto al interior de la institución sea ecuánime.

3. A pesar de que la entidad no cuenta con un documento que promueva la práctica de ejecución del gasto de una manera austera, para el periodo evaluado se evidencia
que la entidad viene desarrollando estrategias de administración del gasto que conllevan a la ejecución de una manera programada y objetiva. La entidad realiza esfuerzos significativos en la sensibilización y programación en la utilización de los recursos demostrando una buena gestión, cumpliendo con la normatividad sobre austeridad en el gasto.

INFORME DE PQRS

En cumplimiento del principio de transparencia que rige la función pública el HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE se acoge al principio cuyo fundamento pretende facilitar el acceso a la información pública de cualquier persona, a través de los medios y procedimientos establecidos al interior de la entidad en concordancia con lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, el cual reza: “En toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada 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… La Oficina de Control Interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular…”; la Oficina de Control Interno se permite presentar el seguimiento realizado a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, para el periodo comprendido entre el 1 de junio al 30 de septiembre de 2021; para el cual se apalanca en la información suministrada por la oficina de SIAU con base en las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones presentadas ante la entidad, con el objetivo de determinar el cumplimiento en la oportunidad de las respuestas y efectuar las recomendaciones que sean necesarias a la Alta Dirección y a los responsables de los procesos, con el objetivo de aportar al mejoramiento continuo de la Entidad.

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

El presente informe evalúa el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 30 de septiembre de 2021 y analiza el comportamiento de las PQRS en el periodo al igual que se verifica la garantía al derecho de respuesta oportuna, de fondo y congruencia; así como también se verifican las acciones de mejoramiento emprendidas por cada una de las dependencias, con ocasión de las PQRS elevadas ante la oficina SIAU.

METODOLOGIA:

En general se aplicaron normas y principios de auditoria generalmente aceptadas y técnicas de auditoria tales como: la obtención de evidencia válida y suficiente por medio del análisis, inspección de documentos, conciliaciones, entrevista al equipo de trabajo; con este insumo y las demás actividades realizadas durante la vigencia, la Oficina de Control Interno realizó verificación de la información suministrada, a través de la revisión de informes, documentos fuente, procedimientos y diversos soportes documentales, dando como resultado el presente informe final.

CANALES DE RECEPCION

La Institución HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE en la búsqueda de garantizar el derecho fundamental a la información pública de los usuarios y partes interesadas, en concordancia con la normatividad vigente, Con el propósito de hacer efectiva la comunicación entre el ciudadano y la entidad, en cumplimiento de los sistemas de Calidad ha implementado claramente diferentes canales idóneos de recepción de PQRSF a través de los cuales las personas pueden presentar ante la entidad cualquier tipo de petición y entre los cuales se encuentran:

BUZONES: ubicados en todas los servicios que presta la institución, con señalización y fácil ubicación.

OFICINA DE ATENCION SIAU: se encuentra instalada una oficina de atención al usuario en el interior de la institución con una coordinadora del área y 4 auxiliares con preparación en atención y orientación al usuario, donde se brinda atención personalizada con trato digno y humanizado.

PÁGINA WEB: la institución en su página WEB cuenta con el correo electrónico atencionalciudadano@hospitaltomasuribe.gov.co a través del cual los usuarios y visitantes de la página pueden realizar sus diferentes solicitudes ante la entidad.

VENTANILLA UNICA: la institución cuenta un espacio de ventanilla única como una herramienta que le permite recepcionar los trámites y servicios postulados por los usuarios

LINEA TELEFONICA: se cuenta con la línea telefónica No 2317333 ex 132.

FORMATO: la entidad tiene establecido el formato **QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS O FELICITACIONES**, con Código: MD-GC-RE-052 a través del cual se recepcionan los diferentes trámites, el cual es diligenciado de manera personal por parte de los usuarios.

SEGUIMIENTO Y TRAZABILIDAD A LAS RESPUESTA DE LAS PQRSF: En cumplimiento de mandato legal las La respuesta generada por la entidad deben ser objetiva, veraz, completa, motivada y congruente. En relación con la respuesta oportuna a las PQRSF, se observa que durante el tercer trimestre de la vigencia 2021 el indicador presenta un promedio de respuesta de 10 días, encontrándose en los parámetro reglamentados en el marco normativo y dentro de los proyectado para el indicador, el cual es diligenciado y monitoreado mensualmente por el equipo de la oficina del SIAU.

SEGUIMIENTO A RECONOCIMIENTO DE DERECHOS A CLIENTE EXTERNO

Se realiza muestreo aleatorio en los diferentes servicios de la institución podemos observar que nuestros usuarios reconocen los derechos, un 79%, 775 usuarios manifiestan conocerlos y que le fueron socializados y un 21 % lo que equivale a 166 usuarios

manifiesta no conocerlos, la mayor proporción de desconocimiento se encuentra en las áreas ambulatorias, lo que nos lleva a realizar plan de mejora con el fin de lograr abordar a la mayoría de los usuarios a los cuales se les brinda el servicio en esta área.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

1. El análisis al periodo evaluado permite concluir que el trabajo realizado por la oficina de atención al usuario ha sido efectivo en cuanto al planteamiento de los controles y mejoras a las peticiones y quejas resueltas en la oficina SIAU.

2. Se ha recomendado mejorar la Calidad en la prestación del servicio que sea oportuno brindando una atención cordial al usuario además de dar una oportuna respuesta para brindar un alto grado de satisfacción al usuario.

3. Se recomienda seguir fortaleciendo lo que respeta a la respuesta oportuna a las quejas y reclamos, indicando a los diferentes coordinadores que den respuesta oportuna dentro de los términos y así reflejar una estadística real del proceso.
4. Se evidencia una mejora en la atención al usuario y una disminución en las quejas y reclamos lo cual fortalece el Modelo de Humanización que se ve reflejado en el compromiso de los funcionarios que están prestando atención a los usuarios.

5. Se recomienda el mantenimiento del proceso, siempre en procura de nuevas opciones de mejorar el proceso, haciendo énfasis en el respeto mutuo al personal que está prestando la atención como al usuario externo. El SIAU se constituye en uno de los insumos del modelo de mejoramiento institucional, en sus diferentes niveles de operación y, se visitan diariamente los servicios promoviendo el proceso como mecanismo de participación.

PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE, comprometido con los lineamientos del Gobierno central y en coordinación con el Gobierno Departamental en la lucha de acercar la administración pública a la ciudadanía y el fortalecimiento de la lucha contra la corrupción, contribuye con seguimiento a las acciones contempladas en el Plan

Anticorrupción planteadas para la vigencia 2021 de conformidad con la Ley 1474 de 2011, que en su Artículo 73, reza que: "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano.

El Decreto Ley 019 de 2012, Decreto anti tramites, el cual "Dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la

Administración Pública"… la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y Acceso a la información Publica en su Artículo 9 Literal g) el cual define que es "Deber de publicar en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

La Ley 1757 de 2015 Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana, en su Artículo 48 y siguientes, establece que: "La estrategia de rendición de cuentas hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

El Decreto 124 de 2016, "por el cual se sustituye el Titulo IV de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano"… y el Capítulo V de la Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2. Y en el artículo 2.1.4.6 Define que le corresponde a la Oficina de Control interno, adelantar la verificación de la elaboración y de la publicación del Plan.

La Oficina de Control interno en cumplimiento a su función de verificación y control establecida en la diferentes normas constitucionales, legales y especialmente en los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011 Y La Ley 87 de 1993, realizó la verificación del cumplimiento en la elaboración y publicación del "Plan anticorrupción y de atención al ciudadano" vigencia 2021 al igual que su estructura acorde a lo estipulado en el marco normativo y segundo seguimiento realizado con corte a 30 de agosto de 2021.

3. METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno realizó el análisis de las actividades programadas en cada uno de los componentes para el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2021 al 30 de agosto de 2021, verificando e identificando en cada una de las evidencias proporcionadas por la Oficina de Planeación como línea de segundo mando y los responsables de los procesos, la ejecución de las actividades realizadas y establecidas

mediante cronograma; para así obtener el porcentaje real de avance y cumplimiento del Plan anticorrupción y atención al ciudadano durante el segundo cuatrimestre evaluado.

Para el desarrollo de este segundo seguimiento, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento de cada uno de los componentes con sus actividades propuestas, los cuales se detallan a continuación:

ACTIVIDADES PROGRAMADAS:

- COMPONENTE I GESTION DEL RIESGO……..Actividades programadas 11
- COMPONENTE II ESTRATEGIA ANTI TRAMITES……Actividades programadas 8
- COMPONENTE III RENDICION DE CUENTAS……Actividades programadas 7
- COMPONENTE IV ATENCION AL CIUDADANO……Actividades programadas 12
- COMPONENTE V TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA…….

…….Actividades programadas 9

Como se observa en la tabla anterior fueron objeto de revisión 47 actividades, que a la vez incluyen acciones que involucran a todas las áreas y miembros de la institución, evidenciándose la construcción de una manera más participativa y concertada, por parte de los grupos de interés.

Por último, una vez realizado el respectivo análisis y diagnóstico, se presentan algunas observaciones por parte de la Oficina de Control Interno como tercera línea de mando, he hecho seguimiento a las Actividades para proceder a hacer el informe del año 2021 en los primeros días del mes de Enero de 2022. Y dar cumplimiento al 100% de cada uno de los procesos en cada uno de los componentes evaluados.

El resultado obtenido por el Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E, frente a la implementación de las acciones mediante las cuales se desarrollan las estrategias de lucha contra la corrupción contenidas en el PAAC 2021, impacta positivamente la gestión institucional de la entidad y demuestra un interés por promover buenas prácticas que atienden el principio de transparencia.

RIESGOS:

El no ejecutar las actividades propuestas de acuerdo al cronograma, genera incumplimientos en las estrategias plasmadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

La Oficina de Control Interno en su rol de liderazgo estratégico recomienda a la Alta Dirección afianzar el control de las actividades y de los tiempos fijados, con el fin de mantener el mismo nivel de cumplimiento.

Se recomienda entregar a cada responsable de actividades del PAAC las que le fueren asignadas.

Se recomienda desarrollar acorde al cronograma las actividades propuestas en cada componente, y evidenciar los avances con el fin de dar cumplimento a las acciones propuestas en el PAAC.

GESTIÓN DE RIESGO – OFICINA CONTROL INTERNO

RIESGO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RIESGO RESIDUAL
Posibilidad de presentarse informes a entes de control de forma extemporánea	ALTA IMPORTANTE - 8	Establecer el cronograma de informes que debe ser presentado por la oficina de control interno donde se detalle el periodo de evaluación, las fechas de presentación, el ente a que se debe presentar.	BAJO ACEPTABLE 3
Posibilidad de incumplir el seguimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento de la Institución	ALTA IMPORTANTE - 9	1.- realizar el cumplimiento del cronograma de seguimiento a planes de mejora establecido. 2.- realizar las notificaciones correspondientes sobre los inconvenientes que se puedan presentar que no permiten el cumplimiento de la acción establecida en el plan. 3.- Hacer acompañamiento necesario a los lideres del proceso sobre la importancia del cumplimiento de los planes de mejora derivados de las Auditorias.	BAJO TRANSV - 1
posibilidad de pérdida de la información del área	moderado-3	1.- Realizar gestión para adquirir los elementos de oficina que garantice la custodia de la información. 2.- Copias de seguridad digital. 3.- Copias en la nube institucional.	BAJO ACEPTABLE - 2

SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO A DIFERENTES AUDITORIAS:

CONTRALORIA DEPARTAMENTAL:

A partir del mes de octubre se hizo seguimiento a los planes de mejoramiento de los hallazgos que aún están pendientes a lo que se hizo la respectiva contradicción la cual fue enviada a la Contraloría y a la fecha ya se recibieron los respectivos informes finales, a los cuales ya se les elaboro el plan de mejoramiento, esperando el dictamen final.

A continuación presento el cuadro de hallazgos de la contraloría que se encuentran cerrados y que están en proceso actualmente.

AÑOS DE AUDITORIA	TOTAL AUDITORIAS	DEPENDENCIAS	TOTAL	CERRADAS	ABIERTAS
2016-2017	27	CONTABILIDAD	2	X	
		COSTOS	1	X	
		RECURSOS FICSICOS	2	X	
		SUMINISTROS	6	X	
		SISTEMAS	2	X	
		OFICINA ASES. JURIDICA	10	X	
		GERENCIA	3	X	
		SUBGERNECIA ADTIVA.	1	X	
2018	2		2	X	
2019	9	CONTRATACIÓN	5		X
		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1		X
		COORD. FINANC. - CALIDAD	3		X
2020	9	CONTRATACIÓN	5		X
		COORD. FINANC. - CALIDAD	2		X
		COORD. FINANC - JURIDICA	2		X
2020	3	CIERRE FISCAL 2020	1		X
		CONTABILIDAD	1		X
		CONTROL INTERNO	1		X

REVISORIA FISCAL – KRESTOM R.M.

Se encontraron hallazgos en la parte de política ambiental a lo que hicieron capacitación al personal. Se evidenció un hallazgo en inventarios de implementos de bajo consumo de agua, el cual ya se subsano.

En lo que respeta a la seguridad de la información, el Hospital cuenta con políticas encaminadas a garantizar la seguridad de la información, las cuales permiten garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

El Área de Gestión de la información cuenta con un Plan de contingencia dentro del cual se definen los responsables y las funciones a realizar en casos de emergencia, así como también cuenta con una Matriz de riesgo para sistemas de información.

SUPERSALUD:

Se hizo seguimiento a ocho (08) hallazgos con su respectivo plan de mejoramiento a lo que se dio aclaración, esperando respuesta para dar por cerrados los hallazgos o en su defecto hacer un plan de mejoramiento.

ACCIONES DE MEJORAMIENTO PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

De conformidad con las auditorías internas basadas en riesgos, de ley y especiales, seguimientos, informes pormenorizados, informes de entes de control externos, evaluación por dependencias, planes de mejoramiento internos y externos, informe de control interno contable, plan de acción integrado M.I.P.G., asistencia a comités institucionales y a reuniones de asesoría y acompañamiento y demás actividades propias de la Oficina de Control Interno realizadas en la vigencia 2021, esta oficina asesora recomienda a la alta dirección, continuar fortaleciendo la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión – M.I.P.G. para la vigencia 2022, bajo el liderazgo de la Oficina de Planeación y el apoyo directo de los responsables de las diferentes dimensiones y políticas del modelo, en el marco de las temáticas y lineamientos impartidos desde el D.A.F.P. y el Consejo Para la Gestión y Desempeño Institucional del orden nacional, especialmente en los siguientes aspectos:

Ambiente de Control: Fortalecer la implementación de la planeación táctica del talento humano, mejorar la estructura del componente financiero de los programas de inducción y reinducción, Bienestar laboral e Incentivos, capacitación, seguridad y salud en el trabajo; continuar avanzando en la laboralización de planta de personal; acorde con la disponibilidad de recursos; actualizar la política y metodología de gestión de riesgos, , realizar una revisión a los manuales de procesos y procedimientos documentados, simplificándolos en cantidad y contenido y continuar fortaleciendo los sistemas de información institucional, como la principal herramienta transversal de impacto en la gestión institucional, actualizar la estructura orgánica, el manual de funciones y competencias laborales y los manuales de procesos y procedimientos, de tal manera que se articulen con las nuevas realidades institucionales, especialmente en aspectos relacionados con gestión documental, contratación y algunas dependencias de las Subgerencias Administrativa y Técnico Científica; al igual que el manual de contratación; dinamizar la apropiación de los principios y valores del servidor público de la entidad – Código de Integridad. Igualmente, afianzar el Tablero de Mando como herramienta para el seguimiento de la gestión y control de indicadores; fortalecer la coordinación entre la ejecución del gasto y la planeación presupuestal y financiera; y dinamizar el proceso de acreditación institucional, de conformidad la normatividad vigente.

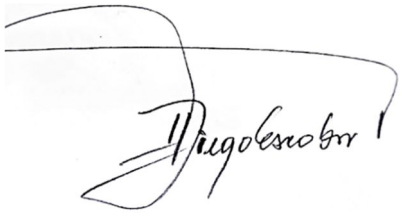
Evaluación del Riesgo: Continuar sensibilizando a los líderes de las unidades funcionales sobre el permanente seguimiento y evaluación de los riesgos de los procesos institucionales, de manera mensual para los altos y extremos y trimestral para los bajos y moderados; depurando riesgos que permitan contar con un mapa mucho más efectivo y ajustado a la complejidad de los procesos. Continuar fortaleciendo el cumplimiento del SARLAFT como instrumento para detectar riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo.

Actividades de Control: Continuar con el fortalecimiento del autocontrol, autorregulación y autogestión en la institución, desde la misma actualización de las políticas de operación y elaboración de planes de mejoramiento, tanto internos como externos; y su posterior cumplimiento dentro de la oportunidad establecida; contribuyendo así, de mejor manera, con el mejoramiento continuo del Hospital, continuar avanzando en la implementación de la política de Gobierno Digital.

CONCEPTO DEL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

En concepto del Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno y soportados en lo descrito en el presente Informe de Gestión, el Sistema de Control Interno de la E.S.E Hospital Tomas Uribe Uribe durante el primer semestre de la vigencia 2022 se vio fortalecido por el dinamismo que ha caracterizado a la entidad respecto de la implementación del nuevo M.I.P.G. y por las directrices trazadas desde la Gerencia en los componentes administrativos, financieros, asistenciales y de control; mejorando los niveles de confiabilidad y calidad de los procesos, acorde con el nivel de complejidad institucional. Con referencia a la vigencia anterior, se evidencia el permanente interés de la alta dirección de la entidad, en reforzar y fortalecer permanentemente el Sistema de Control Interno; al igual que en darle continuidad y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos y plasmados para el proceso de sostenibilidad y fortalecimiento del modelo M.E.C.I. integrado como la séptima dimensión en el M.I.P.G.

Atentamente,



DIEGO ESCOBAR VALENCIA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno.