

INFORME DE GESTIÓN DE CONTROL INTERNO PRIMER SEMESTRE DE 2022



- ✓ Ley 1474 de 2011
- ✓ Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012.
- ✓ Decreto Ley 019 de 2019
- ✓ Ley 1757 de 2015
- ✓ Decreto 124 de 2016

Fecha de corte: Junio 30 de 2022



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO.....	3
INFORME FINANCIERO.....	4-7
AUSTERIDAD DE GASTO.....	8-13
INFORME PQRS.....	14-16
PLAN ANTICORROPCIÓN Y ATENCION AL CIUDADANO.....	16-17
AUDITORIA EFECTUADAS.....	17
INFORMACIÓN SARLAFT Y SICOF.....	44
SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO.....	44
SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO A DIFERENTES AUDITORIAS.....	45
ANALISIS CONTROL INTERNO CONTABLE.....	46
ANALISIS DE RIESGO – CONTROL INTERNO.....	47-48
CONCEPTO DEL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.....	49

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 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, en 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 auditoría 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 2022, 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 2022, la estructura financiera de la compañía es la siguiente: Balance General En el periodo de enero a junio de 2022 los activos aumentaron en un 24.53% con relación al año 2021, los pasivos en un 15.43% y el patrimonio presento una variación del 43.10%.

A continuación presentamos un detalle de las cuentas así:

CODIGO	DETALLE	JUNIO 2021.	JUNIO 2022.	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
1	Total Activo	\$ 121.869.598.589	\$ 151.760.664.523	\$29.891.065.934	24.53%
2	Total Pasivo	\$81.810.735.857	\$94.437.494.016	\$12.626.758.159	15.43%
3	Total Patrimonio	\$57.323.170.503	\$40.058.862.732	\$17.264.307.771	43.10%

En los activos se observa un aumento por valor de \$29.891.065.934 millones que equivale a un 24.53%, siendo lo más representativo las cuentas por cobrar por valor de \$82.765.587.657 millones.

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

- Un aumento en los deudores por valor de \$21.915.424.585 millones que representa un 27%, producto del aumento en los clientes nacionales.
- En los pasivos se observó un aumento de \$12.626.758.159 millones que equivale a un 15.43%, donde lo más representativo son las cuentas por pagar a proveedores por valor de \$85.463.991.132 millones que representa un 94.21%.
- En el patrimonio se presenta una variación por valor de \$17.264.307.771 millones que equivale a un aumento del 43.10% en lo que respeta al año 2021.

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:

ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL A JUNIO 30 DE 2021-2022

DETALLE	JUNIO 2022.	JUNIO 2021.	VARIACION ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
Ingresos Ordinarios				
Venta Servicios de Salud	\$ 59.457.423.878	\$ 42.605.517.959	\$ 16.851.905.919	40%
Costo de ventas por servicios	\$ 38.139.968.051	\$ 36.651.940.913	\$ 1.488.027.138	4%
Utilidad Bruta	\$ 21.317.455.827	\$ 5.953.577.046	\$ 15.363.878.781	258%
(-) Gastos de Administración y Operación.	\$ 10.013.420.511	\$ 8.639.888.400	\$ 1.373.532.111	16%
Utilidad Operacional	\$ 11.304.035.316	-\$ 2.686.311.354	\$ 13.990.346.670	-521%
(+) Otros Ingresos	\$ 957.554.435	\$ 5.063.085.567	-\$ 4.105.531.132	-81%
(-) Otros gastos	\$ 10.497.999.463	\$ 1.141.954.806	\$ 9.356.044.657	819%
Resultado Integral del periodo.	\$ 1.763.590.288	\$ 1.234.819.407	\$ 528.770.881	43%

- Los ingresos operacionales en el presente periodo se incrementaron en un 40%, en comparación con el año inmediatamente anterior.
- En los gastos de administración se presenta un aumento de \$1.373.532.111 millones que equivale a un 16% 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 \$1.488.027.138 millones que equivale al 4%, 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 \$4.105.531.132 millones que representa una disminución del 81% respecto al año 2021.
- En los gastos no operacionales se observa un aumento por valor de \$9.356.044.657 millones que representa un 817% respeto al año anterior.

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:

RAZÓN CORRIENTE DE LIQUIDEZ: Indica el grado de seguridad que tiene la empresa para cancelar sus obligaciones a corto plazo.

RAZON DE LIQUIDEZ	=	$\frac{\text{ACTIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO CORRIENTE}}$	=	$\frac{88.593.710.153}{66.781.563.343}$	=	1.33%
-------------------	---	---	---	---	---	-------

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 1.33 para cubrirlo.

ENDEUDAMIENTO: Muestra en qué proporción los activos de la empresa han sido financiados con recursos de terceros.

$$\text{INDICE ENDEUDAMIENTO} = \frac{\text{PASIVO TOTAL}}{\text{ACTIVO TOTAL}} = \frac{94.437.494.017}{151.760.664.522} = 0.49$$

Las empresas se encuentran por debajo del índice, teniendo en cuenta que la Empresa está casi en el límite de endeudamiento con un 49%, 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.

$$\text{APALANCAMIENTO} = \frac{\text{TOTAL PASIVO}}{\text{PATRIMONIO}} = \frac{94.437.494.017}{57.323.170.503} = 1.65$$

Por cada peso de patrimonio, la empresa debía \$1.65 a Diciembre 31/22. Es decir, el patrimonio está comprometido un 1.65% con el total del pasivo.

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. Al 30 de junio de 2022 es de \$22.812.146.809.

MARGEN DE UTILIDAD NETA: Indica las ganancias netas después de impuestos, por cada peso de ventas. Es la Utilidad obtenida después de pagar todos los gastos e impuestos.

$$\text{MARGEN DE UTILIDAD NETA} = \frac{\text{UTILIDAD NETA}}{\text{VENTAS NETAS}} = \frac{1.763.590.288}{59.457.423.878} = 0.029\%$$

PRUEBA ACIDA:

$$\text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE} = \text{PRUEBA ACIDA}$$

$$88.593.710.153 - 66.781.563.343 = 21.812.146.810 = 1.28\%$$

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. La capacidad es de 1.28%.

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 primer semestre de la vigencia 2022 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 continuo 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	PRIMER SEMESTRE 2021	PRIMER SEMESTRE 2022	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
Materiales de oficina	6.840.052	75.454.132	68.614.080	1003%
servicio de fotocopias- papelería	35.410.066	116.360.077	80.950.011	2286%
Publicidad	21.867.336	13.064.700	-8.802.636	-40%
Comisiones - Gastos Bancarios	7.009.898	6.677.912	-331.986	-4%
Viáticos - gastos de viaje	53.670.690	21.678.036	-31.992.654	-59%
Mantenimiento	413.586.446	180.235.190	-233.351.256	-56%
Vigilancia	138.701.628	213.189.255	74.487.627	53%
Arrendamiento Operativo.	21.267.740	34.737.312	13.469.572	63%
TOTALES	\$698.353.856	\$661.386.614	\$36.967.242	5%

MATERIALES DE OFICINA Por este concepto se presentó un aumento que asciende a la suma \$68.614.080 con respecto al mismo periodo del año 2021.

SERVICIO DE FOTOCOPIAS – PAPELERIA: Por este concepto se presentó un aumento que asciende a la suma \$80.950.011 con respecto al semestre de la vigencia 2021.

PUBLICIDAD Por este concepto se evidencia una disminución de pagos a corte junio 30 de 2022 de \$8.802.636 que representa un porcentaje del 40% respecto del corte a junio 30 de 2021.

COMISIONES Y GASTOS BANCARIOS Los gastos realizados por concepto de Comisiones y Gastos Bancarios, disminuyó la suma de \$331.986 a corte junio 30 de 2022 en un porcentaje del 4%, respecto al mismo periodo de 2021.

VIATICOS-GASTOS DE VIAJE Por este concepto se evidencian pagos a corte junio 30 de 2022 de \$21.678.036 los cuales disminuyen en la suma de \$31.992.654 en un porcentaje de 59% con respecto al año 2021.

MANTENIMIENTO HOSPITALARIO En este rubro se registran los pagos efectuados por mantenimiento de infraestructura de los centros de atención de la ESE HTUU, se observa que por este rubro se realizaron pagos por la suma de \$180.235.190, en el análisis comparativo se evidencia una disminución del 56% con respecto al mismo periodo de la vigencia 2021.

SERVICIO DE VIGILANCIA Los gastos efectuados por concepto de vigilancia en el primer semestre de la vigencia 2022 ascienden a la suma de \$213.189.255 en tanto que para la vigencia 2021 a la misma fecha de corte el pago fue de \$138.701.628 lo que evidencia un aumento de \$74.487.627 equivalente al 53%.

ARRENDAMIENTO OPERATIVO Se observa que por este rubro se realizaron pagos por valor de \$21.267.740 a junio 30 de 2021 correspondiente a arrendamiento administrativo; y al mismo corte de periodo de la vigencia 2022 el pago fue por valor de \$34.737.312 donde se evidencia un incremento de \$13.469.572 que representa un 63%.

CONCEPTO	PRIMER SEMESTRE 2021	PRIMER SEMESTRE 2022	VARIACIÓN RELATIVA
GASES DE OCCIDENTE	\$ 76.179.739	\$ 81.154.672	0.65%
TULUASEO	\$ 14.454.740	\$ 16.146.320	0.11 %
ACUEDUCTO - ALCANTARILLADO	\$ 49.253.755	\$ 9.847.929	-80%
TELEFONIA E INTERNET.	\$ 148.756.376	\$ 128.566.245	13%
ENERGIA	\$ 351.934.672	\$ 0	0%

Los pagos realizados por estos conceptos incluyen: la sede administrativa y la operativa, todos los centros de atención de la empresa.

SERVICIO DE GAS: Los pagos realizados por este concepto presentaron un incremento de \$4.974.933 que corresponde al 6,5% en el primer semestre del año 2022, respecto a los gastos ocurridos a junio de la vigencia inmediatamente anterior 2021.

SERVICIO DE ASEO - TULUASEO Los pagos realizados que afectan el servicio aseo, a corte junio 30 de 2022, periodo objeto de la evaluación ascienden a la suma de \$16.146.320 suma ésta que incluye la sede administrativa y todos los centros de atención de la Empresa; y la cual representa un aumento

de \$1.691.580 del 11% con relación al período objeto de valuación de la vigencia inmediatamente anterior el 2021.

ACUEDUCTO ALCANTARILLADO Por este concepto la empresa efectuó pagos en el semestre de \$9.847.929 que representa una disminución del 80% con respecto al mismo periodo del año 2021.

TELEFONÍA FIJA, MOVIL E INTERNET. Por este concepto se efectuaron pagos por \$128.566.245 que representa una disminución de \$20.190.131 que equivale a un 13% respecto al primer semestre del año 2021.

SERVICIO DE ENERGÍA ELÉCTRICA Durante el periodo del primer semestre de 2022 la empresa no ha realizado pago de servicio de energía lo cual no es procedente hacer un comparativo respecto a los gastos por servicio de energía del año 2021

ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL.

Planta De Personal

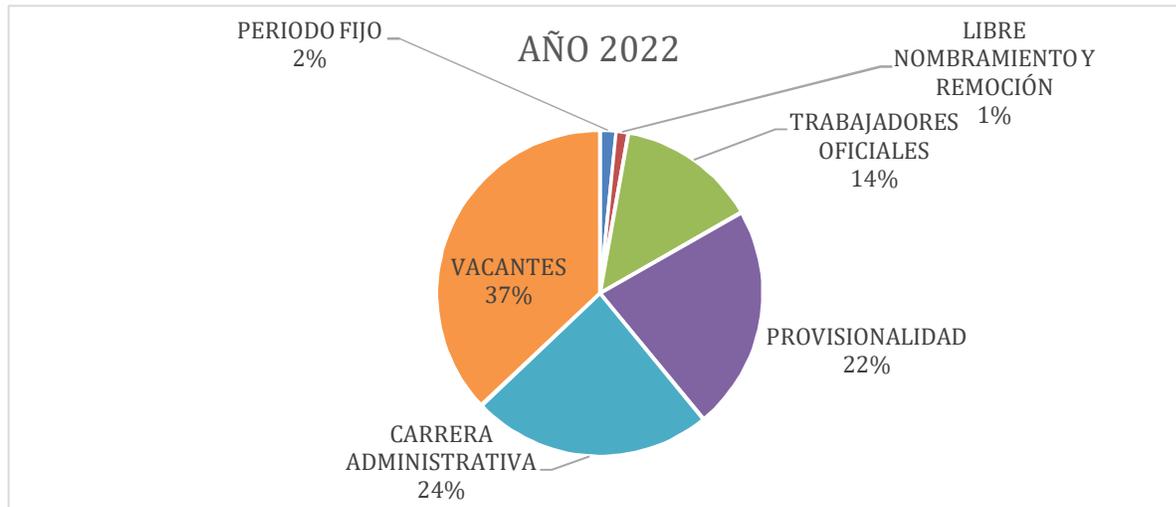
Para el periodo evaluado, **ESE Hospital Departamental TOMAS URIBE URIBE de Tuluá**, presenta una planta de personal para la vigencia 2022 de 253 personas, aprobado mediante acuerdo Junta Directiva No 013 de septiembre de 2020 y aforada a través de los rubros presupuestales **No 2110101 PERSONAL DE NOMINA ADMINISTRATIVOS** por valor de \$ **2.387.560.478 (dos mil trescientos ochenta y siete millones quinientos sesenta mil cuatrocientos setenta y ocho pesos mcte)** y **2410101 PERSONAL DE NOMINA OPERATIVOS** por valor de \$ **4.371.789.344 (cuatro mil trescientos setenta y un millones setecientos ochenta y nueve mil trescientos cuarenta y cuatro pesos mcte)**.

De la desagregación de cargos se pudo evidenciar que el 62.49% de los cargos se encuentra ocupado y el 37.51% se encuentran vacantes.

PERSONAL DE PLANTA A JUNIO 30 DE 2021 y 2022		
MODALIDAD	CANTIDAD AÑO 2021	CANTIDAD AÑO 2022
Periodo Fijo	4	4
Libre Nombramiento y Remoción	5	3
Trabajadores Oficiales	39	35
Provisionalidad	58	56
Carrera Administrativa	69	60
Vacantes	77	93
TOTAL	253	251

Así mismo se puede evidenciar según tabla anterior, que en la actualidad el **23.90%** de los cargos son de **Carrera Administrativa**, el **22.31%** de los cargos se encuentra en

Provisionalidad, el **13.94%** de los cargos corresponden **Trabajadores Oficiales**, el **1.58%** corresponden a cargo de **Periodo Fijo**, el **1.19%** corresponden a cargos de **Libre Nombramiento y Remoción** y el **37.51%** se encuentran **Vacantes**.



GASTOS DE PERSONAL	SEGUNDO SEMESTRE 2021	SEGUNDO SEMESTRE 2022	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
Salario	1.692.625.537	\$1.620.357.554	-72.267.983	-0.04%
Horas extras, dominicales y Fest	234.382.572	203.368.451	-31.014.121	-0.13%
Auxilio de Transporte	59.291.327	61.913.698	2.622.371	-0.04%
Subsidio de Alimentación	37.213.166	17.934.040	-19.279.126	-0.51%
Bonificación por servicios	5.508.833	12.740.537	7.231.704	1.31%
Prima de vacaciones	71.008.510	82.364.940	11.356.430	-0.15%
Prima de servicios	972.232	0	972.232	0
TOTALES	\$2.101.002.177	\$1.998.679.220	\$102.322.957	-0.05%

SALARIO PERSONAL DE NÓMINA. El total cancelado por este concepto durante el transcurso del periodo objeto de la evaluación de la vigencia 2022, corresponde al personal de planta vinculado a la entidad; presenta una disminución comparado con el periodo de la vigencia de 2021, esta variación es del 13%, teniendo en cuenta que a la fecha no se ha hecho el incremento salarial del año 2022.

HORAS EXTRAS - RECARGO NOCTURNO El total cancelado por este concepto durante el transcurso del periodo objeto de la evaluación de la vigencia 2022, presenta una disminución comparado con el periodo de la vigencia de 2021 en un porcentaje de 13%, sin tener en cuenta que no ha habido el incremento salarial anual que establece el gobierno. Segundo trimestre 2022 el pago efectuado fue por valor de \$234.382.572 mientras en el mismo periodo de la vigencia 2021 fue de \$203.368.451.

AUXILIO DE TRANSPORTE Los pagos realizados por este rubro para el segundo trimestre de la vigencia de 2022 fueron por la suma de \$61.913.698, en el mismo periodo de la vigencia 2021 fue de \$59.291.327, presentando un aumento del 4% con relación al período inmediatamente anterior.

SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN El rubro Subsidio de Alimentación de la entidad, para el segundo trimestre de la vigencia 2022 presentó compromisos por valor de \$17.934.040 presentando una disminución porcentual del 51% en comparación con el mismo período de la vigencia inmediatamente anterior del año 2021 la cual presentó compromisos por valor de \$37.213.166.

BONIFICACIÓN POR SERVICIOS PRESTADOS El rubro Bonificación por Servicios Prestados de la ESE HTUU, para el primer semestre de la vigencia 2022, se ejecutaron pagos por valor de \$12.740.537, presentando un aumento en comparación con el mismo período de la vigencia inmediatamente anterior año 2021, en el cual se realizaron pagos por valor de \$5.508.510, este aumento equivale a un 131% de porcentaje, razón por la cual son porcentajes proporcionalmente variables.

PRIMA DE VACACIONES Por este concepto se evidencian pagos a corte junio 30 de 2021 por valor de \$71.008.510, los pagos realizados a corte junio de 2020 ascienden a la suma de \$126.236.183 presentando una disminución del 44% del año 2021 con respecto al período inmediatamente anterior.

PRIMA DE SERVICIOS Por este concepto se evidencian pagos a corte junio 30 de 2021 por valor de \$972.232. Cabe aclarar que a fines del mes de junio no se había cancelado la prima de servicios del periodo.

RECOMENDACIONES

Es importante promover 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.

Dentro de las observaciones para minimizar los gastos en reunión con el señor Jhair Zuluaga asesor financiero del Hospital se tomó como tarea revisar los contratos por costos de los servicios con las Alianzas. Revisar los costos por insumos, mirar la conveniencia de los insumos teniendo en cuenta los que se van a utilizar.

Revisar la valorización de las horas extras, turnos en nómina. Revisar las incapacidades medicas por cobrar que es un valor considerable, valorizar lo inventarios, revisar las facturas por recaudar, revisar los cobros de tarifas por servicios públicos, revisar los pedidos de las oficinas teniendo en cuenta lo que ellos poseen.

.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. Se debe 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.
4. Se pudo evidenciar que en el presente semestre los gastos generales tuvieron una disminución lo mismo en la nómina y en gastos de servicios públicos, teniendo como base los gastos del mismo periodo en el año 2021.
5. 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.
6. Elaborar de forma objetiva el documento político de austeridad del gasto y se aplique al interior de la entidad. Socializar con todo el personal la política y publicarla en la página web de la institución en concordancia con la Ley 1712 de 2014.
7. Continuar implementando estrategias orientadas al uso eficiente de recursos ambientales

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 enero al 30 de junio de 2022; 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 enero y el 30 de junio de 2022 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.

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.

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 reciben 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 primer semestre de la vigencia 2022 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 ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

CONCLUSIONES

La institución en cumplimiento del Artículo 73 de la LEY 1474 elaboró el estatuto anticorrupción para la vigencia 2022, en los términos de la presente ley, , bajo los parámetros de la guía recomendada por la DAFP **“ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCION DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION A LOS CIUDADANOS Versión 2”** de la misma manera da cumplimiento al artículo 2.1.4.8 del Decreto 124 de 2016, con la publicación del Plan en la página Web de la institución, sección Transparencia, Planeación, numeral 6.10

El plan anticorrupción debe convertirse al interior de la institución en una herramienta que facilite la identificación de hechos o acciones de corrupción y consecuentemente la aplicación de controles oportunos para su mitigación, basado en los principios de transparencia, eficiencia administrativa y cero tolerancia con la corrupción, en el marco de la política del buen gobierno establecidos en la entidad en busca del cumplimiento de los objetivos misionales.

RECOMENDACIONES

Fortalecer las estrategias de comunicación interna y externa que conlleven a apersonarse de los controles anticorrupción a los funcionarios de la institución en cada uno de los procesos.

- Fortalecer los controles establecidos para la mitigación de la ocurrencia de hechos de corrupción al interior de la institución.
- Proponer acciones anticorrupción en cada uno de los componentes ajustados a una realidad institucional en cumplimiento de la normatividad y no transcribir la norma textualmente que conlleven a incumplimientos por falta de objetividad.
- Fortalecer el seguimiento y ajustes al mapa de riesgos de corrupción, por cada una de las líneas de defensa.

- Fortalecer las estrategias que conlleven a empoderar la cultura del autocontrol, en el cumplimiento de las actividades propuestas.
- Fortalecer la gestión del componente de racionalización de trámites, debido a que en la vigencia la gestión realizada fue muy deficiente.

AUDITORIAS EFECTUADAS:

AUDITORIA DE COSTOS:

El costo es el gasto económico que representa la fabricación de producto o la prestación de un servicio. Los costos en salud son los gastos ligados a la producción del servicio, entre ellos el pago de prestaciones e insumos. Pero los costos no siempre se pueden medir. Realizar un análisis económico en estas situaciones es muy difícil. Los gerentes son aquellos que deben analizar y priorizar los costos y acciones en salud cuando los recursos financieros no son los esperados o se encuentran con restricciones del sistema. Hoy cuentan con varios instrumentos y métodos para la toma de decisiones, donde la Gestión en Salud representa una síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el Sector Salud para la promoción, prevención y recuperación de la salud. Está conformado por un conjunto de herramientas de gestión organizadas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de usuarios. Esta toma de decisiones puede significar financiar o no un programa, adquirir o no una tecnología, aplicar o no un tratamiento, decisiones que impactan en un grupo de pacientes o una población definida o en ámbitos más amplios como la salud pública. Los análisis de costo-efectividad y evaluación económica de tecnologías sanitarias y el criterio de eficiencia, son herramientas que permiten establecer prioridades.

Es importante diferenciar Administración de Gestión en Salud donde lo que se nos entrega debe rendir económicamente a diferencia de gestión de costos donde lo que rinde es el equilibrio para no quebrar la unión entre salud y calidad.

DESARROLLO:

1.- El Hospital TOMAS URIBE URIBE E.S.E., adquirió el programa de Costos a la Empresa Synergia Consultoría y Gestión S.A.S. con Nit. 805009280-7 el día 15/02/2019 y el día 07/01/2022 suscribió un Contrato de arrendamiento de Software por 12 meses.

2.- Para hacer el registro de los informes se solicita la información a diferentes dependencias, los cuales enunciamos como los más trascendentales en el proceso como son:

Balance de comprobación, listado de personal de planta, listado de procesos asosindisalud, consulta provisión de servicios, detalle de activos fijos, distribución alimentos en raciones despachadas, numero de kilos de ropa en lavandería, relación de insumos o suministros, reporte de despachos por centros de costos.

3.- Se hace un control de costos por servicios por áreas. Cada coordinador de proceso asistencial está autorizado para ingreso al aplicativo y consulta de costos para ser comparada con la producción de servicios.

4.- Los costos se distribuyen de acuerdo a los informes de cada dependencia o centros de costos. Los costos de UCI 1 no pertenecen al Hospital. No se lleva un control de costos directos, indirectos.

5.- No se tiene una campaña para reducir costos, ni se está haciendo una evaluación de costos por paciente/ cama.

ANALISIS DE RIESGOS:

Riesgo 1:

Posibilidad de Fallas en el software de costos.
Fallas en el aplicativo Gestión de Costos de la institución

Causas:

1. Fallas en la parametrización Centros de costos en el sistema hospital
2. Inadherencia al proceso de costos.
3. Hay personal que desconoce el proceso.

Controles existentes:

- Implementación de la parametrización de los centros de costo en el sistema Hospital.
- Capacitación a los funcionarios.
- Acceso a los coordinadores del proceso para ingresar al aplicativo.

Riesgo 2:

Posibilidad de extemporaneidad en la información de los diferentes módulos del sistema que alimentan al aplicativo.
Información desactualizada en cada mes para la adecuada toma de decisiones

Causas:

1. Modulo financieros con información extemporánea.
2. No alimentación del aplicativo por parte del externo.

Controles existentes:

- Empezar acciones de inducción y reinducción a los funcionarios de forma específica a quien lo opera, verificando la adherencia del procedimiento, incluyendo al personal que ingresa nuevo.
- El conjunto de controles mitigan el riesgo asociado y no requieren acciones adicionales para su tratamiento.

RECOMENDACIONES:

Se debe dar una inducción o reinducción en general de manejo de costos Hospitalarios a la funcionaria encargada del proceso de costos.

El programa debe determinar los costos unitarios de suministros, además de los costos variables y costos por servicios de las diferentes áreas.

Se debe solicitar al arrendatario del Software la implementación de costos de paciente / cama, ya se debe hacer un trabajo de campo en las diferentes áreas para determinar el costo real de cada procedimiento; al cual se debe hacer un levantamiento y actualización de los costos unitarios.

Actualmente el programa de costos no se encuentra actualizado, solo tiene reportes hasta diciembre del año 2021, por lo tanto tampoco no han ingresado la información para actualizar el año 2022, debido a que la contabilización general presenta atrasos en su reportes mensuales, ya que se estaba ejecutando el cierre fiscal . Se hizo recomendación a la encargada del departamento financiero para que se agilice el proceso contable y pueda estar el programa de costos actualizado.

Es importante para el Hospital tener actualizado el programa de costos en todos los niveles para tener datos reales en los Estados financieros. Se sugiere la necesidad de contar con un apoyo externo especializado para brindar inducción en el manejo de costos hospitalarios a la funcionaria responsable del proceso.

Por su parte, los centros de costos corresponden a la agrupación física y/o funcional de los procesos de producción donde pueden asignarse, de manera clara e independiente, recursos (físicos, tecnológicos y humanos) para la generación del servicio.

AUDITORIA DE PRESUPUESTO

Acto Administrativo de Aprobación del Presupuesto de Ingresos y Gastos año 2022.

Que mediante Resolución 020 emanada del CODFIS Departamental en el mes de diciembre de 2021, se aprobó el presupuesto de ingresos y Gastos de la E.S.E. para la vigencia Fiscal 2022 por valor de CIENTO SIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MILLONES DIECISEIS MIL CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$107.467.016.047.00).

Resolución No.1019 (Diciembre 31 de 2021), Por el cual se liquida y desagrega el presupuesto de ingresos y gastos de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE de Tuluá para la vigencia fiscal del primero (01) de enero al treinta y uno (31) de diciembre de 2022. EN LA SUMA DE CIENTO SIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE MILLONES DIECISEIS MIL CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$107.467.016.047.00).

Rubro	Presupuesto Inicial
1 Ingresos	\$ 107.467.016.047
10 Disponibilidad Inicial	\$ 74.000.000
1002 Bancos	\$ 74.000.000
11 Ingresos Corrientes	\$ 107.392.971.047
1102 Ingresos no tributarios	\$ 107.392.971.047
12 Recursos de capital	\$ 45.000
1205 Rendimientos financieros	\$ 45.000

El presupuesto de ingresos para el año 2022 representa los ingresos a recaudar por parte del Hospital Tomas Uribe Uribe E.S.E. lo cual representan porcentaje de 99.93% ingresos no tributarios correspondiente a venta de servicios de salud a diferentes sectores (régimen subsidiado, régimen contributivo, Subsidio a la oferta de población, Soat, particulares y otros, y un porcentaje mínimo en Cuentas por cobrar por rendimientos financieros del 0.0679%.

Presupuesto de gastos año 2022

Rubro	Presupuesto Inicial
2 Gastos	\$ 107.467.016.047
21 Funcionamiento	\$ 25.790.151.847
211 Gastos de personal	\$ 3.200.688.305
212 Adquisición de bienes y servicios	\$ 21.982.245.699
213 Transferencias corrientes	\$ 574.217.843
218 Gastos por tributos, multas, sanciones e intereses de mora	\$ 33.000.000
24 Gastos de operación comercial	\$ 81.676.864.200
241 Gastos de personal	\$ 5.895.110.077
245 Gastos de comercialización y producción	\$ 75.781.754.123

El presupuesto de gastos está representado en lo que corresponde a gastos de funcionamiento en un 23.99% distribuido en gastos de personal en un 2.98%, Adquisición de bienes y servicios en un 20.45%, gastos tributarios, multas, sanciones en un 0.03%.

Los gastos de funcionamiento corresponden a gastos por planta de personal permanente (salarios, prestaciones sociales, contribuciones a nómina, parafiscales) y adquisición de servicios diferentes a los activos.

Lo que corresponde a Gastos de operación comercial están representados en un 765 distribuidos en gastos de personal en un 5.48% y gastos de comercialización y producción en un 70.52%. Dichos gastos de operación comercial constituye a gastos por factores salariales comunes, adquisición de servicios por compra de materiales y suministros, servicios a la comunidad, alojamiento, construcción, etc.

ANALISIS DE RIESGOS

NOTA: De acuerdo al sistema de gestión de riesgos, se han establecido controles para mitigar el riesgo?

Riesgo 1: Posibilidad de realizar la contratación sin el lleno de requisitos legales..

Causas:

1. Las diferentes áreas no entregan a tiempo la información requerida.
2. Rotación de personal sin el debido conocimiento (de los procesos institucionales).

Controles existentes:

- No conformes a las áreas que incumplen con la entrega de información.
- Realizar el proceso de inducción general y específica en los tiempo estimados por el proceso (talento humano, Área financiera).
- Cronograma de actividades para el respectivo procedimiento.
- Las diferentes áreas de la entidad que requieran insumos, suministros, no entregan oportunamente la información al área de presupuesto para su respectivo proceso.

Riesgo 2: Falta de Apropiación Presupuestal en cada vigencia fiscal.

Causas:

1. Presupuesto aprobado para el hospital para cada vigencia fiscal es Deficitario, es decir los recursos no son suficientes para la operación corriente. (Debido a los lineamientos establecidos por la Secretaria de Salud, Hacienda Departamental del Valle y Junta Directiva,).

Controles existentes:

1. Notificar permanentemente a la Junta Directiva del Hospital sobre el Presupuesto Deficitario con que cuenta la institución para la toma de decisiones.
2. Generar herramientas técnicas desde el área financiera y presupuestal a la Junta Directiva, para los proyectos de adición presupuestal que permitan subsanar el déficit en la apropiación presupuestal.
3. Priorización de las adquisiciones de acuerdo al comportamiento del rubro presupuestal

Riesgo 3: Deficiencia en el reporte de Ejecuciones Presupuestales por parte del Software Hosvital.

Causas:

El Software con que cuenta la institución, presenta algunas inconsistencias en la generación de la ejecución del gasto ya que algunos valores de ciertos rubros presupuestales cambian de valor de un periodo a otro. Igualmente aún falta determinar las pautas para el reporte de la Ejecución de Ingresos, ya que la ejecución se hace manual ya que el sistema no cruza la información con otras dependencias, todo se hace manual.

Controles existentes:

- Radicar de manera precisa al proveedor del software Hosvital, los tickets donde se reflejen las inconsistencias que se presentan al momento de la generación de las Ejecuciones Presupuestales.
- Establecer mecanismos internos, que permitan realizar la Ejecución de Ingresos hasta tanto se defina por parte del proveedor del software, las directrices a seguir.
- Realizar seguimiento de las tareas, requerimientos o compromisos establecidos entre el hospital y el proveedor del software, a través del supervisor designado para el caso.

Riesgo 4: Incumplimiento en el Proceso de cierre fiscal.

Causas:

1. No contar con los cierres financieros a tiempo
2. Carencia de las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos
3. No tener el cierre de tesorería.

Controles existentes:

- Cronograma de actividades actualizado y socializado.
- Recopilación de la información requerida para el proceso.
- Contar con talento humano suficiente.

CONCLUSIONES:

En lo que respeta al procedimiento de sobre manejo presupuestal la oficina financiera en el área presupuestal haciendo seguimiento a lo ejecutado al final del cierre del año 2021, se puede observar que todas las transacciones presupuestales están soportadas con documentos de ley los cuales están anexos a los Certificados de disponibilidad inicial, entre ellos el Análisis de conveniencia elaborado por el líder de cada área y aprobado por la Gerencia, además de las cotizaciones. En el caso de los Registros presupuestales, la contratación envía el contrato aprobado con su respectiva fecha.

La junta directiva aprobó las adicciones al presupuesto. Las modificaciones y traslados son potestad del Gerente.

También podemos observar que la funcionaria encargada de presupuesto hace un comparativo mensual de presupuesto con contabilidad, Se puede observar que se ejerce el gasto conforme al presupuesto autorizado.

RECOMENDACIONES:

- Se debe dar una inducción o reinducción en general de manejo de presupuesto de ingresos en todos sus procesos de acuerdo a la norma.
- Verificar que se cumplan los objetivos y las metas establecidas en el presupuesto de ingresos.

- Se debe llevar un control de Ingresos y gastos, que maneje estadísticas de lo presupuestado, en la ejecución de lo recaudado y los gastos.

Es importante para el Hospital tener actualizado el programa de presupuesto en todos los niveles para tener datos reales en los Estados financieros. Se sugiere la necesidad de contar con un apoyo continuo externo especializado para brindar inducción en el manejo de presupuesto hospitalario a la funcionaria responsable del proceso.

En síntesis, podemos aducir que los servidores públicos tienen el deber de cumplir a cabalidad con los fines de la contratación y vigilar la correcta ejecución del contrato para proteger los derechos de la entidad, los del contratista y los de terceros que pueden verse afectados con su ejecución

AUDITORIA DE ARCHIVO- GESTIÓN DOCUMENTAL

OBJETIVO:

Realizar seguimiento de los avances en la implementación de la Ley 594 de 2000 – Ley general de archivo y decreto 2609 del 2012, los cuales reglamentan la Gestión Documental en el estado colombiano, para evaluar el cumplimiento de los objetivos del proceso, la efectividad de los controles y el diagnóstico del estado actual en el que se encuentra el proceso de Gestión Documental de la E.S.E. Hospital Tomas Uribe Uribe. Verificar el cumplimiento institucional del área, la efectividad de la gestión, integralidad, socialización, control y la oportunidad en la ejecución de las actividades del proceso en pro del mejoramiento continuo.

ALCANCE

El Programa de Gestión Documental, de la E.S.E. Hospital Tomas Uribe Uribe , está formulado para alcanzar las expectativas de nuestra entidad en materia de gestión documental, metas específicas a corto, mediano y largo plazo, aplica para la información física, electrónica, digital y en cualquier soporte, desde su producción o recepción, hasta su disposición final, articulado con la Planeación Estratégica y Operativa Institucional, la Seguridad de la Información y el Sistema Integrado de Gestión que a su vez viene generando una cultura organizacional en el que se evidencian resultados encaminados a la implementación de una Gestión Documental Integral.

FUNCIONARIOS: La entidad cuenta con tres (03) funcionarios en ventanilla única la cual se encuentra ubicada al costado derecho de la entrada principal del Hospital y cuenta con cuatro (04) funcionarios en el Archivo central ubicado en el primer piso de la parte administrativa.

COMITÉ DE ARCHIVO: Se encuentra integrado por los siguientes funcionarios:

- ✓ Subgerente Administrativo
- ✓ Jefe de Oficina de Calidad.
- ✓ Jefe de Oficina de planeación
- ✓ Jefe Oficina de Gestión Documental (Secretario).
- ✓ Jefe Oficina de sistemas.
- ✓ Jefe de Oficina Asesora de Control Interno (Con voz sin voto.)

TEMAS AUDITADOS:

TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL (TRD): Son las que se estipula el tiempo de retención de los documentos. El último ajuste se hizo en septiembre 22 de 2020. Actualmente se encuentra en proceso de ajuste.

TABLAS DE CONTROL DE ACCESO. (TCA): Se encuentran elaboradas (DMP TECHNOLOGY), se debe aprobar en Comité de archivo posteriormente debe pasar a calidad para ser codificada para poder implementarlas.

BANCO TERMINOLOGICO INSTITUCIONAL (BANTER): Se encuentra elaborado (DMP TECHNOLOGY), se debe aprobar en Comité de archivo posteriormente debe pasar a calidad para ser codificado.

SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL (SIC): Fue elaborado el 09/04/2018, actualizado por la empresa asesora DMP TECHNOLOGY, está pendiente su aprobación en comité de archivo y posteriormente ser codificado en calidad.

POLITICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL: Se encuentra elaborado, se debe aprobar en Comité de archivo posteriormente debe pasar a calidad para ser codificado.

DOCUMENTOS ELECTRONICOS: Se encuentra elaborado, se debe aprobar en Comité de archivo posteriormente debe pasar a calidad para ser codificado.

CUADRO GENERAL DE CLASIFICACIÓN DOCUMENTAL: Se encuentra actualizado a falta de su aprobación y codificación por calidad.

PROCESO OPERATIVO STÁNDAR: No fue elaborado y se encuentra dentro de los temas a desarrollar en el contrato.

PROCEDIMIENTO DE ADMÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL:
Se encuentra elaborado, se debe aprobar en Comité de archivo posteriormente debe pasar a calidad para ser codificado.

PROCEDIMIENTO DE CONSERVACIÓN PREVENTIVA DE DOCUMENTOS Se encuentra elaborado, se debe aprobar en Comité de archivo posteriormente debe pasar a calidad para ser codificado.

PROCEDIMIENTO DE ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN: Se encuentra elaborado, se debe aprobar en Comité de archivo posteriormente debe pasar a calidad para ser codificado.

PROCEDIMIWENTO DE TRANSFERENCIAS DE DOCUMENTOS PRIMARIOS: Se encuentra aprobado, se debe hacer un cronograma anual por dependencias para verificar los documentos a trasladar a archivo central.

INSTRUTIVO DE ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN: se encuentra elaborado, pendiente de aprobación en comité y posterior codificación en calidad.

INSTRUTIVO DE TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES: se encuentra elaborado, pendiente de aprobación en comité y posterior codificación en calidad.

INSTRUCTIVO DE FOLIACIÓN: se encuentra elaborado, pendiente de aprobación en comité y posterior codificación en calidad.

ELIMINACIÓN DOCUMENTAL: está en proceso de transferencias para archivo central.

ESQUEMA DE PUBLICACIÓN: se encuentra elaborado y aprobado el día 08/01/2021.

INVENTARIO DOCUMENTAL ARCHIVO CENTRAL: se encuentra elaborado, pendiente de ser entregado por la Empresa DMP, Se cuenta con un inventario de contratos.

REGISTRO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN, se encuentra inmerso en el Índice de información clasificada y reservada.

PLAN DE ACCIÓN

9.2.2.1. PROGRAMA 1: SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA: Depuración de Historias Clínicas, información y conservación

- Valoración del fondo acumulado para depurar del archivo de Historias clínicas del Hospital, según tiempos establecidos y la normatividad de retención documental
- Crear un Comité Estadístico con la finalidad de aunar esfuerzos en la elaboración de informes sectoriales

AVANCES: Aun no se hecho la valoración del fondo acumulado, primero se debe hacer un inventario para verificar el tiempo de antigüedad de los archivos y determinar si el Comité de Historias Clínicas está en capacidad de hacer la valoración o sea la Gerencia que determine quien hace dicha valoración.

El Comité estadístico se debe crear en el departamento de Estadística.

Cabe destacar que los archivos se encuentran en Archivo Central y los Archivos de gestión en cada dependencia.

ANALISIS DE RIESGOS:

RIESGO N. 1: Posibilidad de Incumplimiento de la normatividad legal vigente de la gestión documental.

Causas:

1. Incumplimiento de la normatividad legal vigente.
2. Posibles irregularidades en la radicación de las comunicaciones oficiales, por no aplicar la normatividad archivística vigente.

Controles existentes:

- Asignación de consecutivos de radicación, por medio de aplicativo que controla todas las comunicaciones oficiales registradas.

Riesgo N. 2: Posibilidad de presentarse Extemporaneidad en la respuesta de las diferentes solicitudes.

Causas:

1. Inadecuada plataforma tecnológica
2. Radicación de documentos en tiempos no adecuados
3. Seguimiento de las diferentes áreas a respuesta de las diferentes

Controles existentes:

- Capacitación al personal para elaborar el servicio de alertas de forma manual, mediante tablas de Excel.
- Seguimiento a la base de datos SIGDOCS No conformes a los jefes o personal que incumple con los términos de respuesta a las PQRSF emitidas con suficiente tiempo para su análisis.

Riesgo N. 3: Posibilidad de Incumplimiento de la Aplicación de la Tabla de Retención Documental.

Causas:

1. La falta de archivadores genera desorden en los Archivos no es posible aplicar criterio de organización archivística
2. Pérdida del patrimonio documental
3. Retraso en las respuestas.

Controles existentes:

- Visitas de monitoreo a la aplicación de la TRD
- Inducción y reinducción del proceso
- Elaboración de cronograma de capacitaciones

Riesgo N. 4: Posibilidad de Inoportunidad en la custodia de la documentación de la entidad.

Causas:

1. Falta de acto administrativo de creación de Gestión documental
2. Infraestructura inadecuada
3. Competencias del personal del área

Controles existentes:

- Solicitud de adecuación en la edificación del archivo central
- Solicitud de archivadores para el archivo de gestión de los procesos

Riesgo N. 5: Posibilidad de presentarse Perdida de información digital del proceso.

Causas:

1. Falta de copias de seguridad
2. No contar con dispositivos de almacenamiento externo
3. Falta de adherencia al procedimiento de Backus.

Controles existentes:

- Copias de seguridad periódica
- Copias en la nube institucional.

OBSERVACIONES:

1. No Se encuentra organizado el archivo, es enfoque de los Asesores.
2. La empresa Asesora DMP TECNOLOGIC, actualmente no tiene contrato y se le terminó en el mes de diciembre de 2021.
3. Se están haciendo los trámites para convalidar la Tablas de retención y así poder aplicar los procesos de organización del archivo.
4. Se adelanta el proceso de actualización de SIGDOCS por ventanilla única y así poder dar cierre por dependencias.
5. Actualmente están en proceso de eliminación de cuentas de cobro en archivo las cuales ya fueron aprobadas en comité.
6. Se hace chequeo diario de la correspondencia recibida y despachada en ventanilla única.

RECOMENDACIONES:

1. Se debe hacer una Reinducción al personal que actualmente está en el Hospital como también dar inducción al personal que ingresa nuevo y asignarles usuario y contraseña.
2. Queda pendiente por parte del contratista DMP TECNOLOGIC, hacer entrega de lo estipulado en el contrato con el visto bueno del supervisor.
3. Una vez aprobadas las tablas de retención documental, se deben publicar en la página WEB del Hospital.
4. Se deben realizar campañas de concientización sobre el uso adecuado de las tablas de retención documental utilizando los diferentes medios de difusión del Hospital
5. Los diferentes procesos de Archivo que ya se encuentran elaborados es importante llevarlos como tema a tratar en Comité de Archivo y dar aprobación a los que se encuentren debidamente elaborados y posteriormente enviar a la oficina de calidad para su respectiva codificación.

AUDITORIA DE CONTRATACIÓN:

FACTORES EVALUADOS:

Gestión Contractual: En la ejecución de la presente auditoria y de acuerdo con la información suministrada por el Hospital Tomas Uribe Uribe E.S.E. en cumplimiento de lo establecido en las normas que le aplican, la entidad rindió un total de contratos de 128, relacionados con proyectos y/o procesos suscritos hasta el 31 de diciembre del 2021, de los cuales se seleccionaron treinta (30) contratos equivalente al 23.44% del total de la contratación reportada a la fecha señalada, con el fin de conceptuar sobre la gestión contractual en lo referente al cumplimiento de los principios de Economía, Eficiencia y Eficacia.

CLASE DE CONTRATO	TOTAL CONTRATOS	CONTRATOS SELECCIONADOS	PORCENTAJE
PRESTACION DE SERVICIOS	54	14	25,93
COMPRA	36	4	11,11
SUMINISTROS	29	10	34,48
MANTENIMIENTO	7	1	14,29
ARRENDAMIENTO	2	1	50,00
TOTALES	128	30	23,44

ANALISIS CONTRATOS AUDITADOS:

Etapas Contractuales: Se realizó verificación formal de los contratos a la luz de la normatividad que es de obligatorio cumplimiento en el estado Colombiano.

Estudios previos: Se observó que en la descripción del perfil profesional, se especifican las profesiones requeridas con experiencia y están relacionadas con la naturaleza de los contratos, de acuerdo a las necesidades de la entidad.

Soportes de Hoja de vida: al revisar la hoja de vida de cada uno de los contratos estos no poseen ninguna inhabilidad o incompatibilidad para prestar servicios al estado, certificando que los datos son veraces.

Supervisión del contrato: El Hospital estableció un formato para seguimiento de la ejecución de los contratos, según los avances del mismo. Se puede decir en términos generales y de acuerdo a la documentación examinada en las carpetas de los contratos, se pudo evidenciar el cumplimiento de los informes mensuales de ejecución contractual, en términos generales se cumple con el deber de informar los logros y resultados frente a las obligaciones contractuales.

ANALISIS SISTEMA GESTIÓN DE RIESGOS

NOTA: De acuerdo al sistema de gestión de riesgos, se han establecido controles para mitigar el riesgo.

Riesgo 1: Posibilidad de realizar la contratación en la ESE sin la solicitud de la documentación y requisitos establecidos en el Manual de contratación

Causas:

1. No existe un procedimiento de contratación donde estipule los requisitos para cada tipo de contratación contemplado en el Manual de Contratación de la Institución.
2. Documentación incompleta remitida por parte de las áreas requeridas.

Controles existentes:

- Lista de chequeo actualizada de los documentos requeridos.
- Estudios previos de conveniencia y oportunidad.
- Plan anual de adquisiciones.
- Evaluación según el tipo de riesgo.

Riesgo 2: Posibilidad de realizar subscripción de contratación favoreciendo a terceros

Causas:

1. Favorecimiento de contratación.
2. Falta de experiencia del contratista para el cumplimiento del objeto contractual.

Controles existentes:

- Lista de chequeo con los requisitos pre-contractuales necesarios.
- Estudio de las diferentes propuestas.
- Cuadro comparativo de precios y bienes

RECOMENDACIONES

- A medida que se ejecute el contrato se debe reclamar al contratista el pago de seguridad social y parafiscal.
- Es importante establecer que los contratistas entreguen la documentación completa antes de pasar para el trámite de pago y así mitigar riesgos.
- Se debe tener el personal adecuado en la recepción de documentos soporte y en la revisión de las hojas de vida.
- Es importante considerar la posibilidad de asignar más personal de planta que posea competencias para ejercer la supervisión de los contratos y de esta forma disminuir el volumen de contratos que están bajo supervisión de los directivos del Hospital.
- En los contratos de suministro algunos no presentan ningún tipo de pago, por lo cual se debe anexar las respectivas facturas o cuentas de cobro como soporte a los comprobantes de egreso y las Actas de seguimiento.

- Son importantes los soportes y que se realice una adecuada vigilancia y control de los mismos en la parte técnica, contable, administrativa y legal que eviten desviación o irregularidades en el desarrollo del objeto.
- Se debe anexar a cada contrato ejecutado y pagado la respectiva Acta de finalización con el informe de supervisor.
- Se debe verificar que en los contratos por empresas deben aportar los pagos de seguridad social, en caso de personas naturales se debe hacer los aportes sobre el 40% del contrato, distribuido en los meses de duración del contrato.
- Se debe dar una inducción o reinducción en general de proceso de contratación de acuerdo a la norma.
- El conjunto de controles mitigan el riesgo asociado y no requieren acciones adicionales para su tratamiento.

CONCLUSIONES:

- El Hospital Tomas Uribe Uribe E.S.E., cumple con la normatividad relacionada en el proceso de contratación, la entidad ha crecido y su dinámica continúa aumentando por lo que ha sido necesario que se implanten medidas especiales desde la dirección administrativa y financiera, para el mejor desempeño del proceso.
- Al establecer la tabla de chequeo, es importante para que no se omitan ningún documento en las carpetas del contrato.
- Se puede observar que los contratos están publicados en la página Web y en el sistema electrónico de contratación SECOP I.
- Es importante establecer un Plan de compras anual.
- Aparece una relación de contratos desde el No. 001 al 140, donde no aparecen relacionados los contratos No. 11-20-29-47-48-54-59-81-106-114-116-118.

AUDITORIA DE TALENTO HUMANO

ALCANCE:

Para el desarrollo de la Auditoria, se realizó la revisión de una muestra de 21 hojas de vida del personal de planta, revisión de la nómina, aportes parafiscales, programas de capacitación, programas de bienestar social, inducción, reinducción, selección, vinculación, entrenamiento, evaluación, fortalecimiento de principios y valores.

Se verificó el Sistema de gestión en seguridad social en salud en el trabajo, en la Gestión de la seguridad del paciente; Se evaluó los resultados de la matriz de riesgos, planes de mejoramiento, cultura organizacional y realización de la matriz DOFA de Talento Humano.

PLANTA DE PERSONAL: El Hospital inició el año 2022 con una planta de personal compuesta por 163 funcionarios distribuidos de la siguiente manera:

PLANTA DE PERSONAL	
PERIODO FIJO	4
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION	3
CARRERA ADMINISTRATIVA	60
PROVISIONAL	57
ENCARGO	4
TRABAJADOR OFICIAL	35

REVISIÓN DOCUMENTAL:

HISTORIAS LABORALES:

Se seleccionaron las siguientes hojas de vida:

NOMBRE	CARGO
LADY ALEXANDRA MACIAS LLANOS	Profesional Universitario
MANUEL ALEJANDRO HINESTROZA ESCOBAR	Profesional Universitario
SANTIAGO ANDRES SALDARRIAGA GIRALDO	Medico
ANYI STEFANY GIRALDO ARBOLEDA	Medica Rural
YIMMY RAMIREZ PANESEO	Jefe Control Interno Disciplinario
MAGDA GOMEZ CASTILLO	Medica - Patóloga
OMAR RAMIREZ SOLIS	Médico - Medicina Interna
ERESBEY JIMENEZ MEDINA	Bacteriólogo
ADALBERTO ARANDA PINZON	Médico General
GLAUTIER CARDONA OSPINA	Camillero
DEIDA ELCY ACEVEDO CORREA	Auxiliar Administrativo
GONZALO REDONDO GONZALEZ	Operario Servicios generales
DIEGO FERNANDO CAICEDO CANO	Subgerente Científico
LINA MARIA VINASCO M.	Secretario Ejecutiva.
ANGELICA MARIA AGUIRRE TORRES	Medico.

OBSERVACIONES:

Se constató como aspectos relevantes que las historias laborales contienen las certificaciones y documentos de los servidores y se encuentran al día en sus vencimientos, de acuerdo a lo exigido según la norma. En lo que respeta a las pólizas de los médicos, la oficina de talento humano lleva un control en una hoja de Excel del vencimiento de las pólizas de responsabilidad civil y de manera anticipada se les informa a los médicos sobre la renovación de dichas pólizas.

Cabe anotar que es importante la actualización cada año (Hojas de vida y al momento de ingreso y retiro de los funcionarios) de la información y gestión del empleo público SIGEP II, de acuerdo a las condiciones señaladas en el título 16 parte 2 del Decreto 1083 de 2015. Actualizar las hojas de vida y

Declaración de rentas y bienes. Al momento de la vinculación de personal verificar que los antecedentes deben tener una vigencia de tres (03) meses de expedidos según el artículo 3 de la Resolución 143 de 2002.

Es de resaltar que la evaluación de desempeño Institucional, desde la Oficina de Talento humano se desarrollaron acciones encaminadas a estimular el ejercicio de evaluación de desempeño, se observó que las evaluaciones se encuentran en una carpeta aparte, a lo que es recomendable anexar una copia a la Hoja de vida de cada funcionario calificado. La evaluación de desempeño se hizo de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 483 de 08/05/2018 “SE ADOPTA EL SISTEMA TIPO DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL SEGÚN EL ACUERDO 565 DE 2016 DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SERVICIO CIVIL.”

Se verificó que según el Acta N. 001 del 23 de noviembre de 2020, se hizo la presentación de la nueva normatividad de Talento humano.

Se convocó a elección de los dos (02) representantes de los empleados (principal y suplente) ante la Comisión de personal para el periodo 2022-2024.

REVISIÓN DE LA NOMINA:

Se realizó la revisión documental de la nómina, verificando los componentes de los descuentos autorizados por Ley. Se verificó por parte de la Auditoría la correcta liquidación de la nómina vigencia 2022 y lo corrido del primer semestre de 2022 con sus respectivos pagos (seguridad social, parafiscales, terceros, etc), correspondiente a los servidores administrativos, trabajadores oficiales y personal en vacaciones.

Se evidenció que la entidad realizó el pago de los aportes parafiscales, seguridad social durante los primeros diez (10) días de cada mes de manera oportuna de acuerdo a lo establecido en la Ley 789 de 2002, además se pudo constatar que se cumple con el régimen salarial y prestacional de los empleados públicos.

Los subprocesos identificados para la Gestión de Talento en la Institución son los siguientes:

SELECCION Y VINCULACION

Aplica para los procesos de selección y vinculación de la E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá - Empresa Social del Estado, desarrollados por ésta o por la empresa proveedora de empleos con quien se tenga contrato vigente para las diferentes modalidades de contratación que se tienen en la Institución.

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE PERSONAL

La inducción proporciona información amplia y suficiente a los nuevos Empleados y trabajadores (personal de planta y colaboradores vinculados por diferentes modalidades de contratación), sobre el funcionamiento de la E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá - Empresa Social del Estado, las responsabilidades y tareas del cargo para asegurar un adecuado desempeño laboral y sentido de pertenencia.

La reinducción está dirigida a fortalecer la integración del colaborador a la cultura organizacional en virtud de los cambios producidos en cualquiera de los asuntos a los cuales se refieren sus objetivos, se imparten a todos los Empleados y Trabajadores para el fortalecimiento del conocimiento Institucional en el momento en que se producen los cambios ocurridos en la organización, e incluyen obligatoriamente un proceso de actualización acerca de las normas sobre inhabilidades e incompatibilidades y de las que regulan la moral administrativa

VIGENCIAS	INDUCCION	REINDUCCION
	META 100%	META 100%
2017	45%	38%
2018	54%	47%
2019	90%	50%
2020	100%	55%
2021	100%	92%

BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS

Crear, mantener y mejorar la calidad de vida de los funcionarios, elevando y manteniendo su sentido de pertenencia, su motivación y satisfacción, propendiendo por su desarrollo integral y por lo tanto el fortalecimiento institucional de la E.S.E Hospitalización Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá- Empresa Social del Estado.

BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS				
VIGENCIAS	META	CUMPLIMIENTO	PLANEADAS	EJECUTADAS
2017	85%	60%	15	9
2018	85%	94%	16	15
2019	85%	100%	28	28
2020	85%	100%	23	23
2021	85%	91%	23	21

CAPACITACIÓN

Establecer metodología para elaboración del Plan de Capacitación Anual, ejecución y evaluación de impacto de aprendizaje en el personal de la E.S.E. Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá – Empresa Social del Estado, contribuyendo al cumplimiento de la Política de Calidad de la Institución, mejorando los indicadores

De participación de las capacitaciones internas, en especial aquellas que involucre al personal asistencial, planeando estrategias de capacitación como: educación virtual, entre otras que permitan no tener físicamente a la persona pero que pueden adquirir la información y el conocimiento.

CAPACITACIONES				
VIGENCIAS	META	CUMPLIMIENTO	PLANEADAS	EJECUTADAS
2017	85%	32%	47	15
2018	85%	79%	110	87
2019	85%	87%	112	98
2020	85%	100%	193	193
2021	85%	85%	99	85

SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

La revisión realizada al componente de seguridad y salud en el trabajo se basó en verificar el cumplimiento de la Resolución 1111 de 2017, donde se definen los estándares mínimos del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para empleadores y contratantes y en la Resolución 312 de 2019 por la cual se definen los Estándares mínimos de Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Para la ejecución de la Auditoria se solicitó información a la responsable de realizar e implementar el SG-SST, la cual depende directamente del proceso de talento humano.

Se puede evidenciar los siguientes procesos:

- Existe Comité paritario de Seguridad y salud en el trabajo.
- Se cuenta con un cronograma de capacitaciones cumpliendo con fechas y si respectivo listado de asistencia.
- Se cuenta con un sistema de archivo y retención documental para los registros y documentos que soportan el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.
- Se está trabajando en la descripción socio-demográfica de los trabajadores, se tiene programada realizar el diagnostico de condiciones de salud de los trabajadores.
- Se han realizado actividades de medición del trabajo, promoción y prevención.
- Se hace mensualmente monitoreo a la matriz de recomendaciones laborales.
- Se lleva control de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades diagnosticadas como laborales.
- Se realizan inspecciones mensuales a las áreas y puestos de trabajo.
- Se lleva medición por ausentismo por enfermedad laboral mensual.
- Se actualiza periódicamente la matriz de riesgos.
- Se hace inventario de necesidades para los elementos de protección personal.

ANALISIS SISTEMA GESTIÓN DE RIESGOS

ANALISIS DE RIESGOS:

RIESGO N. 1: Desconocimiento de la carga laboral en el personal que labora al interior del Hospital. No se cuenta con una evaluación de carga laboral del personal que labora en la Institución que permita identificar si la distribución de funciones y/o actividades es acorde con los horarios asignados, lo que conlleva a una sobrecarga laboral.

Causas:

1. Ausencia de un profesional experto en manejo de carga laboral.
2. Falta de recurso económico para vincular un profesional experto o una empresa asesora.

Controles existentes:

- Procedimiento Análisis del puesto de trabajo
- Contratación del Servicio para realizar la batería de riesgo psicosocial

RIESGO N. 2: Posibilidad de presentar Inadherencia al proceso de inducción y reinducción. Falta de articulación con el proceso de talento humano por parte de la asociación cuando se realiza la vinculación del personal, en la programación de la inducción y reinducción general y específica, lo que no permite el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Causas:

1. Carencia de una metodología, herramientas y/o medios para desarrollar el proceso
2. Falta de coordinación entre quienes desarrollan el proceso.

Controles existentes:

- Actualización al procedimiento
- Lista de chequeo
- Plan de Capacitación vigente

RIESGO N. 3: Carencia de perfiles para el cargo. No contar con un profesional vinculado a la planta de personal de la institución y no tener el sistema de gestión.

Causas:

1. Carencia de recursos económicos y tecnológicos

Controles existentes:

- Profesional contratada para SGSST
- Programa de SGSST actualizado
- Cumplimiento a la resolución 0312 del 2019

RIESGO N. 4: Accidentes laborales en colaboradores del Hospital. Incremento de accidentes laborales por la falta de implementación de medidas de prevención y/o capacitación.

Causas:

1. Falta de señalización y/o avisos de precaución.
2. Inadherencia a los protocolos, guías y procedimientos exigidos por la institución para desempeñar trabajos que suponen algún riesgo de accidente laboral. Insatisfacción del Usuario Trato no Digno.

Controles existentes:

- Formulación del SG-SST y matriz de identificación de peligros de acuerdo las actividades realizadas
- Señalización y demarcación de áreas de trabajo
- Capacitación permanente en temas de prevención de riesgos y autocuidado y autocuidado en el ciclo PHVA.

RIESGO N. 5: Incumplimiento institucional a la normatividad vigente (resolución 2021 de 2018). Proveer el personal requerido por la institución mediante mecanismos que no son permitidos por la normatividad vigente.

Causas:

1. Vincular personal a través de mecanismos no autorizados por la normatividad vigente

Controles existentes:

- Seguimiento al personal contratado por alianzas estratégicas
- Verificar los requisitos del personal

RIESGO N. 6: Incumplimiento en la realización de la evaluación de competencias del personal vinculado por las alianzas estratégicas y terceros. Falta de cobertura en la evaluación del desempeño y competencias laborales a los colaboradores que prestan servicios a través de alianzas estratégicas u otros medios de vinculación.

Causas:

1. falta de evaluación de competencias del personal vinculado a las alianzas estratégicas y otros tipos de vinculación.

Controles existentes:

- Solicitud de los procedimiento de evaluación de competencias a las alianzas y asociación con sus respectivos informes
- Verificación de los requisitos

RIESGO N. 7: Incumplimiento en requisitos documentales para perfil de cargo. Falta en la totalidad de la documentación requerida para el ingreso al hospital y que no cumpla con el perfil deseado para el puesto.

Causas:

1. No cuenta con la documentación completa
2. Falta de idoneidad.

Controles existentes:

- Verificación cada uno de los certificados
- Verificación del rethus
- Verificación con entes educativos.

RIESGO N. 8: Dificultad en la selección del personal con el perfil y las competencias requeridas. Dificultad en la consecución de personal adecuado cumpliendo con el perfil solicitado, el cual es difícil de encontrar.

Causas:

1. Falta de personal con las necesidades requeridas en el mercado
2. Alta rotación de personal

Controles existentes:

- Revisión base de datos del personal asistencial para el cubrimiento de la vacante
- Publicación de requerimientos de personal en medios de comunicación

OBSERVACIONES:

1. Verificar en las carpetas de las Historias Laborales del personal vinculado que tengan una organización correcta de los documentos.
2. Verificar que en las historias laborales que tengan actualizada la Declaración de bienes y rentas de la vigencia y la Evaluación de desempeño al funcionario que corresponda.
3. Se debe tener actualizar la información del personal en la plataforma del SIGEP II, al momento de ingreso y retiro de los funcionarios.
4. En el Área de Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, deben realizar actividades de seguimiento que permitan el control de hallazgos, durante inspecciones a las Áreas o puestos de trabajo.
5. Realizar una revisión del Mapa de riesgos, solicitando apoyo a la oficina asesora de planeación para realizar los ajustes necesarios respecto a causas y controles que mitiguen los riesgos.
6. Verificar lo que corresponde a Evaluación de competencias de los diferentes funcionarios, también verificar que los perfiles de los funcionarios que se vinculen a la entidad sean acorde al puesto asignado.
3. Se debe estar pendiente que mantengan las áreas del Hospital con la señalización y/o avisos de precaución de acuerdo a la norma establecida en el Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

CONCLUSIÓN:

Durante la ejecución de la Auditoria a Talento Humano y al Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo se contó con un alto grado de disposición del personal encargado de la gestión de cada una de las áreas que integran el proceso de Talento Humano para la atención y entrega de los soportes solicitados.

Es importante recalcar el compromiso de los funcionarios de Talento Humano en la actualización y verificación de cada una de las carpetas con las historias laborales de los funcionarios, tanto en la documentación y ordenamiento de los archivos.

Es importante para la Dependencia seguir con el proceso de Adecuación de carpetas, estimulación a los funcionarios, capacitaciones que conlleven al bienestar de los funcionarios para una mejor disposición laboral.

AUDITORIA SIAU

DESARROLLO:

- 1.- Se identifican las necesidades desde Talento Humano, bienestar social, los incentivos, inducciones y reintegración, vinculaciones, Seguridad en salud trabajo, capacitaciones, retiro y entrenamiento. La entidad tiene establecido el formato MATHRE017 de **QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS O FELICITACIONES**, a través del cual se recepciona los diferentes trámites, es diligenciado de manera personal por parte de los usuarios.
- 2.- Se pudo evidenciar que los formatos se diligencian totalmente en forma digital por la funcionaria encargada, se hace de manera personalizada a los usuarios o familiares de los usuarios.
- 3.- Se hace seguimiento trimestral a las acciones de la oficina SIAU, las cuales se encuentran en la página Web de la entidad, podemos verificar que durante el año 2021 se cumplió con dichos informes.
- 4.- La Asociación no ha presentado cronograma para la vigencia 2022, se evidencia carpetas con Actas, la cual el ultima Acta fue el 25/11/2021 (Socialización de acreditación). La Asociación de Usuarios tienen una actividad Macro en participación social en salud se desglosa en atención a Asociación de usuarios.
- 5.- Con respeto a la vulneración de los Derechos de los pacientes, la meta no debe ser superior al 20% de los encuestados, se hará un estudio en el Comité de Ética para bajar la proporción ya que los planes de mejora están llevando y se verifican mes a mes.
- 6.- El boletín lo maneja el Área de comunicaciones, se maneja un Boletín de derechos y deberes, el cual se entrega al usuario o quien es el acompañante.
- 7.- En el Área de Estadística se llevan siete (07) indicadores, los cuales tres (03) son de la Ley de cumplimiento a Resolución 0256 del Ministerio (Sistema de Información de Calidad). Los otros cuatro (04) indicadores son de Gestión y se encuentran actualizados.

8.- Se tiene un Comité primario del grupo de funcionarios de SIAU, se hace una reunión mensual. Actualmente se cuenta con ocho (08) funcionarios, distribuidos de la siguiente forma: Un (01) coordinador, seis (06) auxiliares administrativos, una (01) auxiliar de enfermería. Se cuenta con un comité de quejas y reclamos en el cual está integrado por todos los Coordinadores de todas las áreas de los procesos ambulatorios y apoyo de hospitalización. Se elabora un informe trimestral el cual es enviado a Alta Dirección, control Interno y Subgerencia Científica.

La entidad cuenta con un Manual de procedimientos y procesos el cual se encuentra actualizado en DARUMA así.

Manual de procedimientos – PQRS- MDGCPR008, Manual de medición y satisfacción del usuario MDGCPR009 y Manual de Información del usuario MDGCPR010. Existen dos (02) políticas: Atención al ciudadano y Caracterización a grupos de valor.

9.- El Hospital cuenta con quince (15) buzones, los cuales se encuentran en perfecto estado, distribuidos así:

Consulta externa (06), Urgencias (03), Cirugía, Pediatría, Medicina interna, Uci- Ginecología, Gastro y Siau de a una (01).

ANALISIS SISTEMA GESTIÓN DE RIESGOS

RIESGO N. 1 :

Posibilidad de Incumplir el plan de trabajo establecido para el área en términos de encuestas y divulgación de los Deberes y Derechos.

Causas:

Inadecuada asignación de recursos humanos. Deficiente recurso Humano para realizar las encuestas y divulgación de los Deberes o Derechos cuando hay ausentismo laboral (permiso, vacaciones, enfermedad etc.).

Controles existentes:

- Se realizan encuestas físicas a pacientes
- Se entregan folletos informativos
- Se entregan formato de participación de usuarios
- Paciente trazador y se realiza seguimiento a socialización de servicios

RIESGO N. 2 :

Posibilidad de presentar extemporáneamente las respuestas dadas por los jefes de área frente a las quejas presentadas en la oficina del SIAU.

Causas:

Falta de oportunidad en la entrega de la información. Incumplimiento de la normatividad legal vigente.

Controles existentes:

- No conformes a los jefes o personal que incumple con los términos de respuesta a las PQRSF emitidas con suficiente tiempo para su análisis.

RIESGO N. 3 :

Posibilidad de Incumplir con las exigencias en términos de divulgación y/o información acerca de los Deberes y Derechos de los Usuarios.

Causas:

Carencia de recursos económicos y tecnológicos

Controles existentes:

- Verificación en los servicios el cumplimiento de la divulgación
- Manejo de indicadores del proceso

RIESGO N. 4 :

Posibilidad de vulnerar de los Derechos de los Pacientes por parte de los colaboradores de la ESE.

Causas:

Insatisfacción del Usuario Trato no Digno.

Controles existentes:

- Trazabilidad a las quejas y reclamos frente a la vulneración de derecho.
- Seguimiento a los planes de mejora realizados por la queja o reclamo.

RECOMENDACIONES:

Darle seguimiento y continuidad a los controles existentes.

Es importante seguir con el proceso de socialización y así cada vez se va viendo un incremento en la atención oportuna y eficiente a los usuarios lo cual muestra una mejor calidad en la prestación del servicio brindando un servicio oportuno y una atención cordial al usuario además de dar una oportuna respuesta para brindar un alto grado de satisfacción al usuario.

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.

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.

Es importante ante el incremento de usuarios que requieren atención, si es posible incrementar el personal de apoyo para así poder tener una socialización a todos los usuarios y tener una estadística de acuerdo a los periodos que se incrementan por incremento de pacientes.

Se recomienda seguir fortaleciendo la educación a los usuarios y sus familias en Derechos y deberes, haciendo énfasis en el respeto mutuo al personal que está prestando la atención, como al usuario externo motivos que representan un buen número de PQRSD.

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los seguimientos hechos trimestralmente (año 2022), nos 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., se ha verificado que son más las personas a las que se les ha socializado los derechos y deberes, cada vez son más las personas que tienen conocimiento.

Se evidencia el seguimiento a los planes de mejoramiento que se realiza por parte de la oficina de atención al usuario y la objetividad de los planteamientos de mejora.

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

La Institución sigue mejorando en la atención al usuario y se observa una disminución en las quejas y reclamos, de acuerdo al informe y el análisis de control interno que se hacen trimestralmente, lo cual fortalece el Modelo de Humanización que se ve reflejado en el compromiso de los funcionarios que están prestando atención a los usuarios.

NOTA: Actualmente se está adelantando Auditoria de Facturación y Bio-seguridad.

INFORMACIÓN DE SARLAFT – SICOF:

Se está haciendo seguimiento a las modificaciones en lo que respeta a la IPS según direccionamiento de la SUPERSALUD; las cuales se crean con fines conceptuales y funcionales para el modelo de inspección, vigilancia y control de la SUPERSALUD.

Se han hecho modificaciones a las funciones de la Junta directiva (Responsabilidades) dentro De los que está aprobar las políticas de riesgo, los reglamentos, los manuales, el código de conducta y buen gobierno en todas sus modificaciones.

Está a la espera de que la secretaría de Salud Departamental elabore el documento guía para la implementación del SICOF (Subsistema de administración del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude, el cual está en proceso de acondicionamiento según circular externa de la SUPERSALUD N. 20211700000004-5 y 20211700000005-5.

De acuerdo a directrices de la Secretaría de salud, se están llevando a cabo mesas de trabajo para actualizar las políticas contables de los Hospitales Departamentales teniendo como énfasis la gestión de riesgos. Es importante tener en cuenta que la aplicación de todos estos cambios en SARLAFT y SICOF deben estar elaborados en su parte final para el mes de septiembre del presente año.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO:

- Desde el mes de Octubre Al mes de junio de 2022 le he hecho seguimiento a los planes de mejoramiento a los diferentes entes de control (Contraloría Departamental, Supersalud, Krestom Revisoría fiscal).
- Planes de mejoramiento al cierre fiscal año 2021.
- Planes de mejoramiento “Actualización de fiscalización, seguimiento a planes de mejoramiento (septiembre a diciembre 2021).
- Planes de mejoramiento “Actualización de fiscalización, seguimiento a planes de mejoramiento (Enero a marzo de 2022).
- Informe preliminar cumplimiento en Gestión contractual.
- Derechos de contradicción a Hallazgos de Contraloría Departamental.
- Seguimiento a la presentación de informe (CHIP) ante la Contaduría General de la Nación.
- Seguimiento a información de los formularios PROC- CDVC Procesos activo y fallado a favor o en contra de la entidad.
- Seguimiento a la rendición de contratación mes a mes ante SIA CONTRALORIA.

Me vinculé a un grupo de Whatsapp denominado MIPG-VALLE, el cual brinda capacitaciones constantemente de la Función pública y que he dado participación a las siguientes dependencias, teniendo en cuenta que son temas específicos y que son expuestos por la Función Pública:

PLANEACIÓN FURAG- Doctor José Luis Caicedo.

- ✓ Orientación sobre fortalecimiento institucional y simplificación de procesos FURAG.
- ✓ Preguntas y respuestas sobre reporte de FURAG.
- ✓ Capacitación sobre Gestión de riesgos y Actualización de la guía de administración de riesgos.
- ✓ Sistema Nacional de Rendición de cuentas.

CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO – Doctor Jimmy Ramírez.

- ✓ Alternativas para la implementación de la doble instancia disciplinaria.

TALENTO HUMANO- Doctora Miryam del Carmen Aponte.

- ✓ Actualización o modificaciones del manual específico de funciones y competencias laborales.

ANALISIS CONTROL INTERNO CONTABLE:

RANGO DE CALIFICACION	CALIFICACIÓN CUALITATIVA
$1.0 \leq \text{CALIFICACION} < 3.0$	DEFICIENTE
$3.0 \leq \text{CALIFICACION} < 4.0$	ADECUADO
$4.0 \leq \text{CALIFICACION} \leq 5.0$	EFICIENTE

MÁXIMO A OBTENER	5
TOTAL PREGUNTAS	32
PUNTAJE OBTENIDO	51,9
PORCENTAJE OBTENIDO	0,49
CALIFICACION	4,94

CONTROL INTERNO CONTABLE
FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> * Talento Humano del proceso calificado para el desempeño de las funciones * Disposición del personal para atender la evaluación * El personal del Hospital es conocedor de sus procesos * Concentración en una oficina del procesos financiero
DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Política de los procesos financieros desde el año 2016, sin revisión ni actualización • Debilidad en los canales de comunicación y socialización en el área. • Debilidades en el cumplimiento de la resolución que establece los tiempos de entrega de informes y facturación al área financiera • Incumplimiento de la resolución 182 CGN, en la elaboración de informes mensuales • Debilidades en el cumplimiento de los planes de mejora del área.
AVANCES Y MEJORAS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO CONTABLE
<p>Con relación al porcentaje del avance en comparación con la vigencia 2020; se resalta que para la vigencia 2021 la calificación fue de 4,94 mientras que para la vigencia 2020 fue de 4,87 es decir que presento una mejora del 0,07% lo que demuestra avance en el mejoramiento en la implementación del control interno contable.</p> <p>Igualmente se deja presente que en evaluaciones anteriores no se venía utilizando la herramienta que recomienda la CGN para la evaluación del control interno contable estableciendo para esta y las siguientes vigencias la plantilla ajustada a las necesidades institucionales</p>

ANALISIS DE RIESGO INHERENTE DE CONTROL INTERNO:

RIESGO N. 01- Posibilidad de presentarse informes a entes de control de forma extemporánea.

OBJETIVO: Realizar evaluación y seguimiento continuo de manera independiente a los procesos institucionales, propendiendo por el mejoramiento continuo que conlleven al logro de los objetivos de la institución.

CONTROLES:

- 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.

RIESGO N. 02- Posibilidad de incumplir en el seguimiento a los planes de mejora derivado de las auditorías internas y externas

OBJETIVO: Realizar evaluación y seguimiento continuo de manera independiente a los procesos institucionales, propendiendo por el mejoramiento continuo que conlleven al logro de los objetivos de la institución.

CONTROLES:

- Realizar cumplimiento del cronograma de seguimiento a planes de mejora establecidos.
- Realizar las notificaciones correspondientes sobre los inconvenientes que se puedan presentar que no permiten el cumplimiento de la acción establecida en el plan.
- Hacer acompañamiento necesario a los líderes del proceso sobre la importancia del cumplimiento de los planes de mejora derivados de las auditorias.

RIESGO N. 03- Posibilidad de pérdida de la información del área.

OBJETIVO: Realizar evaluación y seguimiento continuo de manera independiente a los procesos institucionales, propendiendo por el mejoramiento continuo que conlleven al logro de los objetivos de la institución.

CONTROLES:

- Realizar gestión para adquirir los elementos de oficina, que garanticen la custodia de los documentos.
- Copias de seguridad digital.
- Copias en la nube institucional.

MAPA DE CALOR DE RIESGO INHERENTE

		IMPACTO				
		INSIGNIFICANTE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTRÓFICO
PROBABILIDAD	CASI SEGURO	[Orange]		[Red]		
	PROBABLE	[Yellow]	[Orange]	[Red]		[Red]
	POSIBLE	[Green]		[Yellow]	[Orange]	[Red]
	IMPROBABLE	[Green]		[Yellow]	[Orange]	[Red]
	RARA VEZ	[Green]		[Yellow]	[Orange]	[Red]

MAPA DE CALOR DE RIESGO RESIDUAL

		IMPACTO				
		INSIGNIFICANTE	MENOR	MODERADO	MAYOR	CATASTRÓFICO
PROBABILIDAD	CASI SEGURO	[Orange]		[Red]		
	PROBABLE	[Yellow]	[Orange]	[Red]		[Red]
	POSIBLE	[Green]		[Yellow]	[Orange]	[Red]
	IMPROBABLE	[Green]		[Yellow]	[Orange]	[Red]
	RARA VEZ	[Green]	[Green]	[Yellow]	[Orange]	[Red]

RIESGO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCION 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 2
Posibilidad de incumplir el seguimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento de la institución	ALTA- IMPORTANTE 9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar 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 líderes del proceso sobre la importancia del cumplimiento de los planes de mejora derivados de auditorías. 	BAJO-TRIVIAL 1
Posibilidad de pérdida de la información del área	MODERADO 3	<ol style="list-style-type: none"> 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

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 2022, 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 E:S:E., durante la vigencia 2022 se ve 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.