



AUDITORIAS DE CONTROL
INTERNO

CÓDIGO: CI-S01-F002

VERSIÓN: 01

FECHA: 2021-08-02

INFORME SEMESTRAL DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA I SEMESTRE DE 2023

1 DE ENERO A 30 DE JUNIO DE 2023

E.S.E. HOSPITAL SAN FÉLIX

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Presentado a:

DIEGO LUIS ARANGO

Gerente

ANTONIO MARÍA GÓMEZ BETANCUR

Prof. Especializado Área Administrativa

COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

julio de 2023

NIT. 810.000.913-8

Dirección: Calle 12 No. 4-20 Teléfonos (6) 8392000 / 018000941888

La Dorada - Caldas - Colombia

www.hospitalsanfelix.gov.co

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior |
|---------------------|---|--|---|
| Ambiente de control | Si | 79% | <p>DEBILIDADES:</p> <p>* La Empresa estructuró el programa de Gestión Documental a través de unos documentos iniciales que sirvieron como herramienta indispensables para operar el sistema, se actualizaron las tablas de retención documental, aunque no se han mandado a convalidar, además se entregó el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR, Programa de Gestión Documental y el Manual de Gestión Documental, se dieron guías para lo organización del archivo de gestión y central de la Institución pero se siguen teniendo debilidades en esta área, se han tenido varios auxiliares administrativos realizando unas labores pero no se ha estructurado un cronograma de trabajo para la vigencia 2021, se considera que la ESE debería asignar estas funciones a un líder, * En cuanto a las líneas de defensa la ESE no tiene un documento formal que describa el esquema planteado, * Con relación al Plan Institucional de Capacitación no se le realiza permanentemente seguimiento adecuado para verificar su correcta ejecución, pero las capacitaciones planteadas se han realizado, * Las acciones de control tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados en ocasiones no se ejecutado en los tiempos esperados, * El SIAU recauda las Quejas interpuestas por los usuarios pero la ESE aun no ha instaurado una línea telefónica exclusiva de reportes de actos de corrupción.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* Se aprobó el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y su Plan de Acción para la vigencia 2021, se estableció un comité de evaluación y desde la oficina de Planeación se realiza el seguimiento periódico de las Meta, * Las áreas preparan informes para cumplir con los órganos de control y los otros para la gerencia de la ESE, con el fin de que sirvan como insumo en la toma de decisiones, para muchas de ellas es convocado el Comité Técnico de Gerencia de forma semanal donde se analizan y se argumentan, además desde el análisis que realiza el Gerente de los informes de control interno y los realizados por los líderes y los supervisores, además</p> |
| | | | Nivel de Cumplimiento componente |

| | | | |
|-----------------------------|--|------------|---|
| | | 82% | <p>DEBILIDADES: -Falta de capacitacion para los lideres de los procesos sobre las lineas de defensa. - debilidades en las supervisiones , se ha sugerido realizar capacitaciones a los supervisores y apoyos a la supervision por el area juridica y de contratacion . -Los planes de las tecnologias de la informacion carecen de cronograma . - No se han establecido mecanismos para el manejo de conflictos de interes. FOTALEZAS: - Se le realiza seguimiento de forma trimestral a los indicadores del Plan de Accion y en reunion del comite tecnico de gerencia se evaluan . - En el comite tecnico de gerencia se evaluan los informes presentados a la gerencia y se toman decisiones . - El comite de coordinacion de control interno se reune de acuerdo a la resolucio n vigente . - Actualizacion del mapa de riesgos para la vigencia 2023 y fue incorporado en la plataforma Almera por areas para su verificacion y seguimiento . -En esta vigencia la Ese suscribio contrato para la organizacion de la gestion documental las tablas de retencion que fueron convalidadas en el mes de mayo.</p> |
| Avance final del componente | | 3% | |

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior |
|------------|---|--|---|
|------------|---|--|---|

| | | | |
|-----------------------------|----|----------------------------------|---|
| Evaluación de riesgos | Si | 71% | <p>DEBILIDADES: * Se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados pero en ocasiones estas acciones no se ejecutan en los tiempos esperados, lo mismo se observa en los seguimientos de los diferentes Planes de Acción.</p> <p>FORTALEZAS: * Después de la emisión de los informes de auditoria, se solicita la estructuración del respectivo plan de mejoramiento en la actualidad los presentan han tenido su seguimiento,* Se tiene el Plan de Desarrollo 2020 - 2024 y el respectivo Plan de Acción vigencia 2021 para cumplir con los objetivos, metas y actividades, tiene descrito los responsables, el tiempo de ejecución y los indicadores para hacer la respectiva medición, * Se viene desarrollando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, estos son analizados y se toman las directrices pertinentes para implementar mejoras en los procesos, * En cuanto a los Mapas de Riesgo este tema fue actualizado con la ayuda de una practica estudiantil de la Universidad Autónoma de Manizales y se establecieron las escalas de probabilidad e impacto de los diferentes ámbitos a evaluar, se evaluó y se describieron los controles y se emitió la Política de Riesgos, se incorporaron en la plataforma ALMERA los riesgos a cada proceso para que sea consultados por los colaboradores, se realizar informe de riesgos materialización, de los relacionados dentro de los informes que presenta la oficina de control interno sobre las auditorias realizadas, * El Gerente analiza los informes y genera las directrices y acciones pertinentes, * Se estructuró el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2021 y fue publicado en la pagina WEB antes del 31 de enero de 2021, además periódicamente se realiza el monitoreo y seguimiento a dicho Plan los cuales también son publicados en la pagina WEB.</p> |
| | | Nivel de Cumplimiento componente | <u>Estado actual:</u> Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas |
| | | 82% | <p>DEBILIDADES: -Falta colaboracion de algunas areas para subir en la plataforma Almera las evidencias para realizar desde la oficina de control interno, seguimiento al mapa de riesgos institucional y de corrupccion FORTALEZAS: -Se cuenta con la Politica de Adminstracion de Riesgos actualizada y publicada en la pagina web de la Ese. - Reuniones del comite tecnico de gerencia dondec se intervienen las dificultades que se presentan y se les realiza seguimiento. - Mapa de riesgos institucional y de corrupccion actualizados para la vigencia 2023</p> |
| Avance final del componente | | 11% | |

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior |
|-----------------------------|---|--|---|
| Actividades de control | Si | 77% | <p>DEBILIDADES:</p> <p>* En algunos documentos que la ESE ha elaborado se detallan las actividades de control que debe cumplir cada funcionario según su rol, aunque estas actividades están descritas algunas de ellas no son realizadas con la rigurosidad debida, se han encontrado falencias en toda las líneas de defensa, * En cuanto al sistema de información se realizó una auditoria donde se establecieron puntos críticos que requiere una intervención dentro de estos está el cableado estructural y la reimplantación de todos los módulos de CNT, ya que hay problemas de parametrización y de registro de la información lo que ha causado errores, la información primaria es mal registrada y hay problemas de confiabilidad del dato, * Se realizan los Comités técnicos de Gerencia donde se analizan y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles, pero en ocasiones estas acciones de control no se ejecutan en los tiempos esperados.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>Se compró la actualización del sistema CNT para el 2021 y por ello se debió empezar a realizar ajustes a la parametrización y poner en marcha los módulos que no estaban activos, lo que supondría un mejor desempeño del soft ware.* Se viene desarrollando desde el año 2020 reuniones del Comité Técnico de Gerencia donde se discuten temas que afectan a la ESE, son analizados y se toman las directrices pertinentes para implementar mejoras en los procesos, * En los informe que presenta la oficina de control interno de las auditorias realizadas, siempre se hace el análisis de los riesgos detectados y cuales de ellos se han materializado, * Los líderes de las áreas en sus informes detectan la problemática y proponen los controles a desarrollar, los informes son analizados por el Gerente y se generan las directrices y acciones que son discutidas y aprobadas en los Comité Técnicos de Gerencia, * Por ser una Entidad que presta servicios de salud, debe implementar los sistemas de habilitación de servicios con el cumplimiento de</p> |
| | | Nivel de Cumplimiento componente | Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas |
| | | 81% | <p>DEBILIDADES. - Falta capacitacion con los lideres de las areas sobre las tres lines de defensa. - Los planes de las tecnologias de la informacion carecen de cronograma para realizar seguimiento. FORTALEZAS: - Actualizacion del Mapa de Riesgos Institucional y de Corrupcion. -Se realizan seguimientos trimestrales a los indicadores del Plan de Accion .- Actas del comite tecnico de gerencia . - Plataforma Almera en uso. - Se cuenta con el autodiagnostico del Pamec. _ Los planes del decreto 612 de 2018 se encuentran publicados en la pagina web de la Ese</p> |
| Avance final del componente | | | 4% |

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior |
|-----------------------------|---|--|---|
| Información y comunicación | Si | 55% | <p>DEBILIDADES:</p> <p>* El sistema de información abarca varios aspectos, como la información de historias clínicas, la información contable y datos estadísticos, este sistema tiene aun problemas de parametrización y la información primaria no es capturada en su totalidad en el software, * La Empresa tiene las herramientas del programa de Gestión Documental, las tablas de retención documental, el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR y el Manual de Gestión Documental, se han realizado algunas acciones para el registro de los activos de información, se cuenta con auxiliares administrativos que desarrollan estas labores pero se requiere estructurar el cronograma de trabajo, * Las políticas de Administración de la Información muestra debilidades en su control, se han detectado manejo inadecuado de la información por parte de algunos funcionarios para lo cual se han tomado las medidas correctivas pertinentes, * Se debe fortalecer la información publicada en la pagina WEB Institucional, * La ESE no ha emprendido la caracterización de usuarios y partes interesadas, aunque se tiene información fraccionada y no completa de algunos aspectos de nuestra población objeto proporcionada por las EPS.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* El sistema del SIAU de la ESE tiene establecido los canales para la recolección de las Peticiones, Quejas, Reclamos y las posibles denuncias que requieran interponer los usuarios y funcionarios, el protocolo fue actualizado y subido a la plataforma ALMERA para el control de la gestión, también se tiene implementado el sistema de recolección de información de satisfacción de los usuarios sobre las percepciones las cuales ya son analizadas y generar las acciones oportunas, se elaboran los planes de mejoramiento respectivos. * Los documentos que contienen el Plan de Acción 2021, las Actas de Comité Técnico de Gerencia y el Mapa de Procesos ayudan al despliegue de los objetivos y metas estratégicas, parte de la plataforma estratégica ha sido construida con los líderes de áreas y dentro de las</p> |
| | | | Nivel de Cumplimiento componente |
| | | 68% | <p>DEBILIDADES: - Debilidades en la pagina web por la migracion que se tuvo.- Falencias en la parametrizacion del sistema. FORTALEZAS: - Aprobacion de las tablas de retencion documental y contratacion de un profesional en Gestion Documental y la depuracion de las historias clinicas . - Incremento en las encuestas de satisfaccion al usuario. - Se mejoro el area de estadistica con la contratacion de un apoyo</p> |
| Avance final del componente | | | 13% |

| Componente | ¿El componente está presente y funcionando? | Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior | Estado del componente presentado en el informe anterior |
|------------------------------------|---|--|--|
| Monitoreo | Si | 77% | <p>DEBILIDADES:</p> <p>* En el comité Técnico de Gerencia se realizan análisis y se toman las decisiones tendientes a corregir o mitigar los riesgos detectados, diseñar controles y realizar seguimiento, pero en ocasiones estas acciones no se ejecutan en los tiempos esperados.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <p>* En la Empresa se ha mejorado la cultura en el establecimiento de Planes de Mejoramiento y para los que se establecen son verificados por las áreas de Planeación, Calidad y Control Interno, * El Comité de Quejas y Reclamos está institucionalizado en la Empresa con el fin de realizar asesoría y generar las acciones de mejora pertinentes en la prestación de los servicios de salud en la actualidad fue ajustado y subido al sistema ALMERA para el control de gestión. * El Comité Institucional de Control Interno se ha reunido y aprueba el Plan Anual de Auditoría, además se le presenta el informe de gestión de la oficina de Control Interno del año inmediatamente anterior, también se discutieron temas como los resultados FURAG, se presentó el informe semestral de control interno y el seguimiento al plan anticorrupción * Para hacer la programación de las auditorías la cual es periódica, se aplica un análisis de riesgo, se define por los detectados en cada área auditada o por los encontrados en información cruzada de hallazgos de otras áreas o procesos. * La Gerencia revisa los informes de la oficina de control interno y los de los diferentes líderes de área y de procesos, posteriormente se discuten con las partes interesadas y en el Comité de Técnico de Gerencia, * Se realiza monitoreo de los resultados obtenidos por las áreas de Glosas, Facturación, Radicación y SIAU y los Comités de Calidad, Historias Clínicas y Mortalidad, a través de los comités Institucionales, * Los entes de control nos monitorean a través de la solicitud de información y a través de la realización de auditorías, con esto se emiten informes de visitas con los hallazgos encontrados y de los cuales deben salir los Planes de Mejoramiento que son</p> |
| | | Nivel de Cumplimiento componente | Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas |
| | | 77% | <p>DEBILIDADES: - Falta capacitación a los líderes de las áreas sobre las líneas de defensa, se tiene planeada para el mes de septiembre. FORTALEZAS: - Mejoramiento de las auditorías internas y de los planes de mejoramiento internos. - Los comités institucionales activos y funcionando. - Puntualidad en la presentación de los informes solicitados por los diferentes entes de control</p> |
| Avance final del componente | | | 0% |