

## INFORME DE GESTIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO



**JOAQUIN RAMÓN FERNANDEZ PÉREZ**  
**JEFE DE CONTROL INTERNO**

**ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL**  
**VIGENCIA 2022**

## TABLA DE CONTENIDO

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUCCIÓN.....                                                     | 3  |
| 2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL.....             | 4  |
| 2.1. AUDITORÍAS INTERNAS .....                                           | 4  |
| 2.1.1. Planeación de auditoría basada en riesgos.....                    | 4  |
| 2.1.2. Cumplimiento de auditorías planeadas.....                         | 4  |
| 2.2. INFORMES DE LEY Y SEGUIMIENTO .....                                 | 4  |
| 2.2.1. Cumplimiento de la emisión de informes de Ley y seguimiento ..... | 9  |
| 2.3. AUDITORÍAS .....                                                    | 10 |
| 2.3.1. CONTRATACIÓN:.....                                                | 10 |
| 2.3.2. SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO.....                | 12 |
| 3. RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL .....                          | 15 |
| 3.1. PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORÍA .....                            | 15 |
| 3.2. AVANCES DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO .....                         | 19 |
| 3.2.1. Primer avance.....                                                | 19 |
| 3.2.2. Segundo avance.....                                               | 24 |
| 3.3. REPORTE DE FURAG .....                                              | 29 |
| 4. CONCLUSIÓN .....                                                      | 33 |

## 1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de Administración del Riesgo, Control y Gestión, a través de una actividad independiente y objetiva de evaluación y asesoría, y teniendo en cuenta que la gestión debe guardar la debida independencia para garantizar la objetividad de sus evaluaciones y seguimientos. La oficina de control interno, enmarca todas sus actividades en las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, de asesoraría, evaluación y acompañamiento a las áreas así como en el mejoramiento continuo para el cumplimiento de la misión institucional; el Decreto Nacional 943 de 2014 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno; el Decreto 1499 de 2017 el cual actualiza el modelo de gestión para las entidades del estado y define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, así como lo descrito en la actualización de la Cartilla de Administración Pública “Rol de las Oficinas de Control Interno, Auditoría interna o quien haga sus veces” emitida por el Departamento Administrativo de la Gestión Pública”.

Bajo esta normatividad se da a conocer la gestión realizada en el año 2022 relacionada con los cinco roles de; liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, relación con entes externos de control, evaluación de la gestión del riesgo y evaluación y seguimiento. Así mismo, fueron realizadas acciones dirigidas por el Jefe de la oficina de Control Interno como líder del proceso de control, seguimiento y evaluación, con el propósito de medir la efectividad y economía de controles establecidos para el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, bajo los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación.

## **2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL**

Dada la responsabilidad de la oficina de control interno frente a la emisión de un juicio profesional frente al grado de eficiencia y eficacia de la gestión de la entidad y, con el propósito de brindar una seguridad razonable del cumplimiento de los fines institucionales, se establecieron varios mecanismos para la evaluación y seguimiento.

### **2.1. AUDITORÍAS INTERNAS**

#### **2.1.1. Planeación de auditoría basada en riesgos**

Como parte del plan de acción de la oficina de control interno de la ese hospital san Andrés apóstol, se contemplan los seguimientos y auditorías a las diferentes áreas de la entidad para la mejora continua en los procesos, el programa de auditoría interna para el año 2022 se realizó aplicando el criterio metodológico basado en el enfoque de riesgos y controles que, desde el punto de vista de ésta oficina, se constituye en criterio relevante de decisión, para la intervención priorizada de los objetos de auditoría.

#### **2.1.2. Cumplimiento de auditorías planeadas**

De acuerdo con lo establecido en el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2022, se planteó la realización de 2 auditorías internas, las cuales se realizaron en su totalidad, dando cumplimiento al 100% de lo establecido.

### **2.2. INFORMES DE LEY Y SEGUIMIENTO**

El Plan Anual de Auditoría también incluye las actividades que, de acuerdo con la normativa de ley, la oficina de control interno debe evaluar y hacer seguimiento mediante informes que deben ser emitidos de acuerdo con las periodicidades y las fechas establecidas por los entes de control. La programación para el año 2022 fue:

| ESTRATEGIA                                                                                                                                                                                                                                                               | OBJETIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDAD                                                                                                                                   | POBLACIÓN OBJETIVO                                                 | META                                                                                                                                                                         | INDICADOR                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Promover la cultura del autocontrol dentro los funcionarios, así como el trabajo en equipo, para el cumplimiento de los controles para el desarrollo adecuado de los procesos en el logro de los objetivos institucionales en la ESE Hospital San Andrés Apóstol.</b> | Realizar actividades de auditoría de control interno y de Garantía de la Calidad para la Prestación de los Servicio de Salud-SOGCPSS, para Verificar el cumplimiento de las normas, políticas, procesos, planes, programas, proyectos, actividades y controles establecidos al interior de la entidad, para el desarrollo adecuado de la Gestión, así mismo que el sistema de control interno se valla implementándose y fortaleciendo de acuerdo a los nuevos lineamientos establecidos los entes Reguladores del Estado Colombiano. | Elaborar informes pormenorizados de control interno                                                                                         | oficina de control interno                                         | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el envío de la información.                                                                                         | Informes pormenorizados de control interno cuatrimestral del segundo semestre de la vigencia 2022                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Diseño y Elaboración del Plan General Anual de Auditorías Internas – PGAAI, plan de acción anual PAA de la ESE Hospital San Andrés Apóstol. | oficina de control interno y Comité Coordinador de Control Interno | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el diseño y elaboración del Plan General Anual de Auditorías Internas PGAAI, de la ESE Hospital San Andrés Apóstol. | Plan General Anual de Auditorías Internas-PGAAI ,2022, plan de acción anual PAA de la ESE Hospital San Andrés Apóstol |

| ESTRATEGIA                                                                                                                                                                                                                                | OBJETIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ACTIVIDAD                                                                                                                                   | POBLACIÓN OBJETIVO                                                 | META                                                                                                                                                                         | INDICADOR                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| autocontrol dentro los funcionarios, así como el trabajo en equipo, para el cumplimiento de los controles para el desarrollo adecuado de los procesos en el logro de los objetivos institucionales en la ESE Hospital San Andrés Apóstol. | auditoria de control interno y de Garantía de la Calidad para la Prestación de los Servicio de Salud-SOGCPSS, para Verificar el cumplimiento de las normas, políticas, procesos, planes, programas, proyectos, actividades y controles establecidos al interior de la entidad, para el desarrollo adecuado de la Gestión, así mismo que el sistema de control interno se valla implementándose y fortaleciendo de acuerdo a los nuevos lineamientos establecidos los entes Reguladores del Estado Colombiano. | pormenorizados de control interno                                                                                                           | interno                                                            | las actividades establecidas para el envío de la información.                                                                                                                | parametrizados de control interno , primer semestre y del segundo semestre de la vigencia 2022                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Diseño y Elaboración del Plan General Anual de Auditorías Internas – PGAAI, plan de acción anual PAA de la ESE Hospital San Andrés Apóstol. | oficina de control interno y Comité Coordinador de Control Interno | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el diseño y elaboración del Plan General Anual de Auditorías Internas PGAAI, de la ESE Hospital San Andrés Apóstol. | Plan General Anual de Auditorías Internas-PGAAI ,2022, plan de acción anual PAA de la ESE Hospital San Andrés Apóstol                    |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Aprobación del Plan General Anual de Auditorías Internas – PGAAI, plan de acción anual PAA de la ESE Hospital San Andrés Apóstol.           | Comité Coordinador de Control Interno.                             | Cumplir con el 100% de las Actividades establecidas para su diseño aprobación.                                                                                               | Plan General Anual de Auditorías Internas –PGAAI 2022, plan de acción anual PAA aprobado en la ESE Hospital San Andrés Apóstol aprobado. |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Desarrollar Auditoría Interna al proceso contractual vigencia 2022 , con corte al primer semestre del presente año                          | Oficina Jurídica (Asesor Jurídico)                                 | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el desarrollo de la Auditoría Interna.                                                                              | Informe de Auditoría Interna al Proceso Contractual de la ESE Hospital San Andrés Apóstol.                                               |

| ACTIVIDAD                                                                                                                      | POBLACIÓN OBJETIVO                                                         | META                                                                                                                                  | INDICADOR                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Desarrollar Auditoría Interna al Proceso de los Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU ) 2022.                    | Coordinadora del SIAU                                                      | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el desarrollo de la Auditoría Interna.                                       | Informe de Auditoría Interna al Proceso al Proceso de los Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU ) 2022., de la ESE Hospital San Andrés Apóstol. |
| Evaluación y Seguimiento a la implementación del Modelo Estándar de Control Interno.                                           | Asesor para la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI. | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas en el seguimiento y Evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI.       | Informe del Estado de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI, en la ESE Hospital San Andrés Apóstol.                                      |
| Desarrollar seguimientos al Proceso de vacunación covid19.                                                                     | Coordinadora médica, oficina de calidad y personal asistencial.            | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para realizar seguimientos a los procesos de vacunación contra el covid19.        | Informe de seguimiento al Proceso de vacunación contra el covi19 en la ESE Hospital San Andrés Apóstol.                                                       |
| Desarrollar rondas de Seguridad al Paciente del proceso de Internación Hospitalización - Hospitalización                       | Asesores de calidad, coordinador Médico y jefe de Enfermero                | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el desarrollo de la Ronda de Seguridad.                                      | Informe de Seguridad del Paciente al Proceso de Internación - Hospitalización, de la ESE Hospital San Andrés Apóstol.                                         |
| Realizar seguimiento al envío de indicadores de calidad.                                                                       | Asesores de Calidad                                                        | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el seguimiento de los indicadores enviados mensualmente                      | Informe de Seguimiento a los Indicadores de la ESE Hospital San Andrés Apóstol.                                                                               |
| Desarrollar rondas de Seguridad al Paciente del Proceso Ambulatorio - promoción de la salud y prevención de la enfermedad -PYP | Coordinador de P YP                                                        | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el desarrollo de la Seguridad del Paciente                                   | Informe Seguridad del Paciente al proceso promoción de la salud y prevención de la enfermedad -PYP de la ESE Hospital San Andrés Apóstol.                     |
| Seguimiento a los Mapas de Riesgos.                                                                                            | Jefes de oficina, directores y reposan sables de procesos.                 | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el Seguimiento a los Mapas de Riesgos de la ESE Hospital San Andrés Apóstol. | Informe de seguimiento a los Mapas de Riesgo de la ESE Hospital San Andrés Apóstol.                                                                           |

| ACTIVIDAD                                                                                                       | POBLACIÓN OBJETIVO                                | META                                                                                                                                                              | INDICADOR                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Desarrollar Auditoría Interna al Proceso área administrativa que la oficina de control interno crea conveniente | Jefe del área ( A quien se requiera).             | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para el desarrollo de la Auditoría Interna.                                                                   | Informe de Auditoría Interna al proceso del ( área que se requiera) de la ESE Hospital San Andrés Apóstol.    |
| Seguimiento al Plan de Mejoramiento del informe de Auditoría de la Contraloría General de Córdoba.              | Oficina.<br>de control interno                    | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas Seguimiento al Plan de Mejoramiento del informe de Auditoría de la Contraloría General de Córdoba.            | Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento del informe de Auditoría de la Contraloría General de Córdoba. |
| Informe de Control Interno                                                                                      | Delegataria de Control Interno                    | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas para la elaboración del informe de control interno vigencia fiscal 2021.                                      | Informe de Control Interno de la Vigencia Fiscal 2022.                                                        |
| Seguimiento al envío de informes a los diferentes órganos de inspección control y vigilancia.                   | Jefes de oficina y Directores de Áreas.           | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas Seguimiento del envío de los informes a los respectivos órganos de inspección, control y vigilancia.          | Informes enviados. Circular única.                                                                            |
| Seguimiento al desarrollo del evento de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas y Participación Ciudadana.    | Gerencia, Directores de Áreas y Jefes de Oficina. | Cumplir con el 100% de las actividades establecidas Seguimiento del Desarrollo del evento de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas y Participación Ciudadana. | Audiencia Pública de Rendición de Cuentas y Participación Ciudadana.                                          |

### 2.2.1. Cumplimiento de la emisión de informes de Ley y seguimiento

Cumplimiento al 100% de los informes de ley y seguimiento de obligatorio reporte durante la vigencia 2022 .

### 2.2.2. Informes Realizados

**PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO:** Dando cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano", se realizó seguimientos periódicos al cumplimiento de las acciones definidas por la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL para la vigencia 2022, Informando al representante legal y enviado para su respectiva publicación en la página Web.

**INFORME AUSTERIDAD DEL GASTO:** Trimestralmente la Oficina de Control Interno elaboro y envió al despacho de la gerente los informes de austeridad del gasto, para que se tomaran medidas cuando fuere necesario y se publicaran estos en la página web de la entidad teniendo en cuenta lo señalado en la ley de transparencia y acceso a la información pública. Queda pendiente por realizar el último informe del trimestre octubre a diciembre 31 de 2022 Por qué se requiere de información de la oficina de presupuesto y tesorería para la realización de este.

**INFORME DE LAS PQRSF:** trimestral mente la Oficina de Control Interno elaboro y envió al despacho de la gerente los informes (PETICIONES, QUEJAS, RECLAMO, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES), para que se tomaran medidas cuando fuere necesario y se publicaran estos en la página web de la entidad teniendo en cuenta lo señalado en la ley de transparencia y acceso a la información pública. Queda pendiente de realizar el último informe del trimestre octubre a diciembre 31 de 2022 Por qué se requiere de información de la oficina de SIAU y la oficina de JURÍDICA.

**INFORME PARAMETRIZADO:** Semestralmente la oficina de control interno elaboró y envió al despacho de la gerente los informes parametrizados para que se tomaran medidas cuando fuere necesario y se publicaran estos en la página web de la entidad teniendo en cuenta lo señalado en la ley de transparencia y acceso a la información pública.

**INFORMES DE LAS AUDITORIAS REALIZADAS:** se elaboraron los informes de las 2 auditorías internas realizadas (contratación y SIAU) y fueron enviadas al despacho de la gerente, para que se tomaran medidas cuando fuere necesario y se publicaran estos en la página web de la entidad teniendo en cuenta lo señalado en la ley de transparencia y acceso a la información pública.

### **2.3. AUDITORÍAS**

#### **2.3.1. CONTRATACIÓN:**

Dentro del proceso fueron seleccionados de manera aleatoria un total de 57 contratos, correspondiente al 19%. En esta muestra son seleccionados los siguientes contratos: N°.001,002,008,08,009,16,18,25,32,47,,48,49,54,57,59,64,74, 76,80,81,88,90,91,93,99,106,111,117,122,125,126,130,135,143,145,148,150,163, 170,175,179,190,193,200,201,208,221,231,241,252,258,266,273,277,285,288,291 correspondientes a la vigencia 2022.

En el marco de la auditoria fueron encontrados los siguientes hallazgos:

- Contratos sin presentación de la propuesta técnica: 148, 93, 122, 106, 99, 125, 135, 126, 143, 91, 130, 145, 117, 111, 170,
- Contratos que carecen de firma en la propuesta técnica del contrato: 64, 285, 57, 80, 88, 74, 81, 76, 170, 163, 8, 16, 18, 25, 25, 47, 48, 59, 231, 291, 252, 241,
- Contratos que carecen de firma en el acta de inicio: 48, 285, 81,
- Contratos que carecen de firma en el acta final: 48, 64, 285, 80, 88, 74, 81, 25, 291, 008, 288,

- Contratos que cuentan con fecha de presentación de la propuesta técnica posterior a la fecha de recepción y aceptación: 193, 170,
- Contratos que carecen de firma en el certificado de idoneidad: 57, 76, 8, 008,
- Contratos que carecen de firma en la recepción de la propuesta: 145, 170,
- Contratos que carecen de firma en certificado de no personal: 002, 008,
- Contratos que carecen de firma en la supervisión del contrato: 59, 64
- Contratos que carecen de firma: 291, 008, 221, 273

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

- Se sugiere tomar acciones preventivas, correctivas y de mejora con el fin de controlar y mantener actualizada la información propia de los contratos y de esta manera poder evidenciar la completitud y veracidad de la información que se suministra en los sistemas de información
- Se insta a revisar las fechas y presentación de la propuesta técnica de los contratos antes de firmar, se observan bastantes errores en las fechas de presentación, recepción y aceptación, existiendo discrepancias en las mismas, habiendo recepción y aceptación sin haberse presentado la propuesta.
- Recomienda adoptar políticas internas para que los procesos de contratación de la Entidad, sean el resultado de una eficiente y oportuna planeación contractual que coadyuven al mejoramiento de la Gestión contractual de la Entidad en cumplimiento de los fines del estado y los principios de la contratación pública.
- Se recomienda darle cumplimiento a los términos establecidos en las publicaciones realizadas según el decreto 1082 de 2015 establecidas en el artículo 2.2.1.1.1.7.1 publicidad en el SECOP los documentos del proceso y actos administrativos del proceso de contratación dentro de tres (3) días a su expedición.
- Se recomienda darle cumplimiento a los términos de la resolución orgánica 008 del 30 de octubre de 2015, capítulo II párrafo 4, la cual establece que la información que sea requerida en los formatos f-13 (contratación) y F-20.1 deberá presentarse mes a mes a más tardar dentro de los cinco (5) días

hábiles del mes siguiente en la plataforma SIA OBSERVA

- Se recomienda realizar una inspección y solicitud de actualización del registro único tributario de los contratistas, puesto que presentan el documento desactualizado.
- Se recomienda un espacio adecuado para la conservación y custodia de los expedientes contractuales.
- Es conveniente que las evidencias de ejecución de los contratos reposen en las carpetas respectivas a fin de evitar dificultades para corroborar su ejecución
- Es recomendable que los estudios de conveniencia y oportunidad contengan el estudio de mercado debidamente estructurado con cotizaciones y propuestas actualizadas.
- Se sugiere implementar controles que permitan cumplir con la documentación reglamentaria en las diferentes etapas de la contratación, así mismo que cada documento cuente con las debidas firmas del personal.

La oficina de control interno concluye que la gestión contractual de la ESE Hospital San Andrés Apóstol cumple con las disposiciones, procedimientos y exigencias contenidas en la normatividad legal vigente, aunque existen varios aspectos susceptibles de mejora principalmente relacionados con la labor de supervisión y con la debida aplicación del principio de planeación contractual, los cuales deben ser identificados y ajustados de acuerdo con los hallazgos y observaciones establecidos en el presente informe que adicionalmente han sido objeto de recomendación por parte del equipo auditor.

### **2.3.2. SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO**

- Implementar pendones con los derechos y deberes del usuario en salud, ubicarlos en los diferentes puntos de atención de servicio.
- Utilización de la plataforma virtual de las PQRSDF.
- Continuar la socialización de los informes de PQRSDF elaborado por la

Oficina SIAU a nivel de comité interno para que se tomen las decisiones del caso con miras al mejoramiento continuo en la prestación de los servicios

- Mantener la oportunidad en la entrega de respuesta a las quejas y peticiones interpuestas por los usuarios durante el tiempo establecido.
- Implementar correctivos que permitan disminuir a través de mejoramiento continuo en los servicios, el número de quejas y sugerencias.
- Preservar la socialización a los usuarios los demás medios con que cuenta la entidad para recibir las PQRSD
- Cultivar el valor de la solidaridad en los usuarios desde los funcionarios de la entidad, a fin de aplicar todos los valores relacionados con la ética y los mecanismos adecuados de acompañamiento a los pacientes.
- Asegurar en los procesos respecto al cumplimiento de normas y políticas institucionales, velando por la prestación de servicios con visión humanizada y mejoramiento continuo a través de apropiación del conocimiento.
- Fortalecimiento continuo de los mecanismos de consolidación y difusión de la información que debe ser brindada al usuario, en especial la relacionada con los derechos y deberes de los pacientes; lo anterior con el fin de promover un buen uso de los servicios y una correcta interacción con el personal responsable de la atención en salud
- Habilitar una línea amiga dispuesta a solucionar los principales problemas de información de los usuarios respecto a los servicios, facilitando el adecuado funcionamiento de los Centros de Salud, aclarando aspectos de atención pre y post consulta. 65
- Realizar continuamente campañas informativas acerca de la importancia de la participación de los usuarios en el sistema de información, a fin de mantener actualizadas las preferencias y novedades acerca de la prestación del servicio de salud.

- Implementar buzones de PQRSDF en los diferentes servicios y programas de la ESE Hospital en que no estén.
- Realizar mantenimiento a los 3 buzones de PQRSDF, que se encuentran en los servicios consulta externa, área administrativa y urgencias, estos se encuentran en mal estado y deterior

La oficina de control interno concluye que la encargada de la oficina de *SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO* (SIAU), cumple con las disposiciones, procedimientos y exigencias contenidas en la normatividad legal vigente, aunque existen varios aspectos susceptibles de mejora que han sido contemplados en el proceso auditado.

### 3. RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

#### 3.1. PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORÍA

En el 2021 se suscribió el plan de mejoramiento de la auditoria de cumplimiento vigencia fiscal 2020, en esta auditoria se encontraban abiertos 9 hallazgos.

| PLAN DE MEJORAMIENTO 2.021                                                                         |                                                   |                                                                                  |                                                                                                          |                         |                          |                                                                               |                                       |                                                                                             |                         |                                                  |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE DE LA AUDITORÍA REALIZADA: INFORMES FINAL DE AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO VIGENCIA FISCAL 2020 |                                                   |                                                                                  |                                                                                                          |                         |                          |                                                                               |                                       |                                                                                             |                         |                                                  |                                                      |
| VIGENCIA AUDITADA: VIGENCIA 2020                                                                   |                                                   |                                                                                  |                                                                                                          |                         |                          |                                                                               |                                       |                                                                                             |                         |                                                  |                                                      |
| ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL                                                           |                                                   |                                                                                  |                                                                                                          |                         |                          |                                                                               |                                       |                                                                                             |                         |                                                  |                                                      |
| REPRESENTANTE LEGAL: LAURY GABRIEL PATERNINA MORALES                                               |                                                   |                                                                                  |                                                                                                          |                         |                          |                                                                               |                                       |                                                                                             |                         |                                                  |                                                      |
| FECHA DE ENTREGA : 16 DE NOVIEMBRE DE 2.021                                                        |                                                   |                                                                                  |                                                                                                          |                         |                          |                                                                               |                                       |                                                                                             |                         |                                                  |                                                      |
| HALLAZGOS U OBSERVACIONES COMO CONSECUENCIA DEL PROCESO AUDITOR VIGENCIA ANTERIOR 2020             |                                                   |                                                                                  |                                                                                                          |                         |                          |                                                                               |                                       |                                                                                             |                         |                                                  |                                                      |
| N<br>o<br>.<br>u<br>observación                                                                    | Descripción del hallazgo u observación            | Acción (es) correctiva (s)                                                       | Meta / objetivo                                                                                          | Cronograma              |                          | Indicador (es) de cumplimiento                                                | Porcentaje de cumplimiento de la meta | Responsable (s) de la ejecución                                                             | Respuesta de la entidad | Seguimiento contraloría general del departamento | Estado de la acción formulada (a=abierta, c=cerrada) |
|                                                                                                    |                                                   |                                                                                  |                                                                                                          | Fecha de inicio         | Fecha de finalización    |                                                                               |                                       |                                                                                             |                         |                                                  |                                                      |
| 1                                                                                                  | Deficiencias en el reporte de Ingresos recaudados | Realización de conciliaciones mensuales entre el área de tesorería y presupuesto | Verificar que el registro de información financiera coincida entre las áreas de tesorería y presupuesto. | 16 de Noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2.022 | Numero conciliaciones realizadas/número de conciliaciones programadas X 100 % |                                       | Gerente, director administrativo y financiero, contabilidad, presupuesto, y control interno |                         |                                                  | abierto                                              |
| 2                                                                                                  | Deficiencia en la                                 | aplicación del flujo de caja por el área de tesorería                            | Seguimiento mensual a la                                                                                 | 16 de Noviembre         |                          | Aplicación de flujo de caja                                                   |                                       | Gerente, director administrativo y                                                          |                         |                                                  | abierto                                              |

|   |                                                            |                       |                                                                                                                                                         |                         |                         |                                                                                      |                                                                                                                                            |  |  |         |
|---|------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------|
|   | planificación del gasto                                    |                       | aplicación del flujo de caja por el área de tesorería.                                                                                                  | 16 de noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2022 |                                                                                      | financiero presupuesto                                                                                                                     |  |  |         |
| 3 | Deficiencia en la implementación para disminuir el pasivo. | Mejorar en el proceso | Sanear en la implementación de políticas de la información contable, fiscal y financiera de la ESE Hospital San Andrés Apóstol de forma permanente 100% | 16 de noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2022 | Sanear contable, fiscal y financiero                                                 | Gerente, Director administrativo y financiero, presupuesto, contador, control interno                                                      |  |  | Abierta |
| 4 | Deficiencia en la gestión de recaudo                       | Mejorar el proceso    | Recuperación y recaudo de cuentas por cobrar mediante una gestión efectiva de cartera 100%                                                              | 16 de noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2022 | Número total de Cuentas por cobrar recuperadas / Número de cuentas por cobrar x 100% | Gerente, comité técnico de sostenibilidad contable y financiera (contador, director administrativo y financiero, presupuesto, facturación) |  |  | Abierta |
| 5 | Programa de saneamiento fiscal y financiero.               | Mejorar el proceso    | Convocar periódicamente al comité técnico de sostenibilidad contable y financiera, para el seguimiento oportuno a la situación contable y               | 16 de noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2022 | Número de reuniones realizadas con actas / Número de reuniones programadas x 100%    | Gerente, comité técnico de sostenibilidad contable y financiera (contador, director administrativo y financiero, presupuesto, facturación) |  |  | abierto |

|   |                                                                        |                       |                                                                                                                           |                          |                          |                                                                                                                                         |                                                             |  |  |         |
|---|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|--|---------|
|   |                                                                        |                       | financiera actual y soporte de las mismas al interior de la ESE Hospital San Andrés Apóstol, 100%                         |                          |                          |                                                                                                                                         |                                                             |  |  |         |
| 6 | Debilidades en el manejo y conservación de la información contractual. | Mejorar el proceso    | Diseño, planeación, implementación de la Ley de Archivo y Gestión documental, de acuerdo a la Ley 594 de 2000, 100%       | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Ley 594 de 2000, implementada al interior de la ESE Hospital San Andrés Apóstol.                                                        | Gerente, director administrativo y financiero, almacenista, |  |  | abierto |
| 7 | Designación de supervisión                                             | Mejorar en el proceso | Informes de supervisión de los contratos de prestación de servicios estructurados elaborados de forma descriptiva 100%    | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Número total de Informes de supervisión de contratos de prestación de servicios / número de contratos de prestación de servicios x 100% | Gerente, talento humano, jurídico, supervisores.            |  |  | Abierta |
| 8 | Deficiencias en la publicación oportuna en el en el SECOP.             | Mejorar en el proceso | Publicación oportuna de todos los contratos suscritos por la ESE Hospital San Andrés Apóstol en la plataforma SECOP, 100% | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Número total de contratos publicados por la entidad / Número de contratos                                                               | Gerente, director administrativo y financiero, jurídico,    |  |  | Abierta |

|   |                            |                       |                                                                                                                                              |                          |                          |                                                                                                                                                                           |                                    |  |  |         |
|---|----------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|--|---------|
|   |                            |                       |                                                                                                                                              |                          |                          | suscritos x<br>100%                                                                                                                                                       |                                    |  |  |         |
| 9 | Verificación de requisitos | Mejorar en el proceso | Diseño, planeación del proceso contra actual en su etapas: I) precontractual (estudios previos), de la ESE Hospital San Andrés Apóstol, 100% | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Número total de Contratos de prestación de servicios / Número de contratos de prestación de servicios con estudios previos de acuerdo a la necesidad de la entidad x 100% | Gerente, talento humano, jurídico, |  |  | Abierta |

### 3.2. AVANCES DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Durante la vigencia 2022 se enviaron en las fechas establecidas los avances semestrales del plan de mejoramiento de la AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO VIGENCIA FISCAL 2020:

#### 3.2.1 Primer avance

| <b>SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO.</b><br><b>RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO: JOAQUÍN RAMÓN FERNÁNDEZ PÉREZ Y ROBERTO SUÁREZ PLAZA.</b><br><b>NOMBRE DE LA AUDITORÍA REALIZADA: AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO VIGENCIA FISCAL 2020.</b><br><b>VIGENCIA AUDITADA: VIGENCIA 2020.</b><br><b>ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APÓSTOL.</b><br><b>REPRESENTANTE LEGAL: LAURY GABRIEL PATERNINA MORALES.</b><br><b>FECHA DE ENTREGA: 16 DE MAYO DE 2022.</b> |                                        |                                                                                  |                                                                                 |                         |                         |                                                           |                                       |                                                |                                                                                                                                                             |                                                  |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>HALLAZGOS U OBSERVACIONES COMO CONSECUENCIA DEL PROCESO AUDITOR VIGENCIA 2020</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                                                                                  |                                                                                 |                         |                         |                                                           |                                       |                                                |                                                                                                                                                             |                                                  |                                                   |
| N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Descripción del hallazgo u observación | Acción correctiva (es)                                                           | Meta / objetivo                                                                 | Cronograma              |                         | Indicador (es) de cumplimiento                            | Porcentaje de cumplimiento de la meta | Responsable (s) de la ejecución                | Respuesta de la entidad                                                                                                                                     | Seguimiento contraloría general del departamento | Estado de la acción formulada (a=abierta=cerrada) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                                                                  |                                                                                 | Fecha de inicio         | Fecha de finalización   |                                                           |                                       |                                                |                                                                                                                                                             |                                                  |                                                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Deficiencias en el reporte de Ingresos | Realización de conciliaciones mensuales entre el área de tesorería y presupuesto | Verificar que el registro de información financiera coincida entre las áreas de | 16 de noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2022 | Numero conciliaciones realizadas/numero de conciliaciones | 100 %                                 | Gerente, director administrativo y financiero, | Se logró en mesa de trabajo realizada por el área de tesorería y presupuesto realizar confrontación, conciliación y ajuste de los libros de tesorería y las | Oficina Control Interno                          | Cerrado                                           |

|   |                                                            |                                                       |                                                                                                                                                              |                         |                         |                                           |       |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         |         |
|---|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|
|   | recaudados                                                 |                                                       | tesorería y presupuesto.                                                                                                                                     |                         |                         | programadas X 100 %                       |       | contabilidad, presupuesto.                                            | ejecuciones presupuestales permitiendo mayor confiabilidad de la información.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |         |
| 2 | Deficiencia en la planificación del gasto                  | aplicación del flujo de caja por el área de tesorería | Seguimiento mensual a la aplicación del flujo de caja por el área de tesorería.                                                                              | 16 de noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2022 | Aplicación de flujo de caja               | 100 % | Gerente, director administrativo y financiero, presupuesto.           | La ESE Hospital San Andrés Apóstol ha venido dándole cumplimiento a lo establecido en el decreto 115 de 1996 de conformidad a los principios presupuestales como son la planificación, la anualidad, la universalidad, la unidad de caja y la programación integral; implementando políticas de racionalización y austeridad del gasto y disminuyendo las obligaciones y un debido seguimiento a los compromisos presupuestales.                                                                                                                                                                                      | Oficina Control Interno | Cerrado |
| 3 | Deficiencia en la implementación para disminuir el pasivo. | Mejorar en el proceso                                 | Saneamiento en la implementación de políticas de la información contable, fiscal y financiera de la ESE Hospital San Andrés Apóstol de forma permanente 100% | 16 de noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2022 | Saneamiento contable, fiscal y financiero | 100 % | Gerente, Director administrativo y financiero, presupuesto, contador. | Mediante reuniones establecidas por el comité de sostenibilidad contable de la ESE Hospital San Andrés Apóstol se viene adelantando el proceso de depuración de la información contable de conformidad con las normas establecidas con el régimen de contabilidad pública tomado medidas en busca de la disminución del pasivo, teniendo como referencia las cuentas más significativas como son los pasivos laborales que a la fecha algunos se encontraban prescritos, toda vez que han vencido los términos para la presentación del cobro de las mismas, lo que originó una disminución significativa del pasivo. | Oficina Control Interno | Cerrado |

|   |                                                           |                    |                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                                                                                     |       |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |         |
|---|-----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|
| 4 | Deficiencia en la gestión de recaudo                      | Mejorar el proceso | Recuperación y recaudo de cuentas por cobrar mediante una gestión efectiva de cartera 100%                                                                                                                                                  | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Número total de Cuentas por cobrar recuperadas / Numero de cuentas por cobra x 100% | 100 % | Gerente, director administrativo y financiero y Auditor cuentas medicas                                                                    | Se contrató los servicios profesionales de un asesor y auditor médico, el cual tiene como finalidad realizar los diferentes recaudos de cartera y conciliaciones, con las diferentes EPS a la cual se le prestan los servicios de salud, con acompañamiento del área jurídica con intermediación de la súper salud.            | Oficina de control interno  | Cerrado |
| 5 | Programa de saneamiento fiscal y financiero.              | Mejorar el proceso | Convocar periódicamente al comité técnico de sostenibilidad contable y financiera, para el seguimiento oportuno a la situación contable y financiera actual y soporte de las mismas al interior de la ESE Hospital San Andrés Apóstol, 100% | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Número de reuniones realizadas con actas / Numero de reuniones programadas x 100%   | 100 % | Gerente, comité técnico de sostenibilidad contable y financiera (contador, director administrativo y financiero, presupuesto, facturación. | Se ha venido realizando en gran medida la depuración de los pasivos de la entidad tal como se evidencia en las actas de comité de sostenibilidad.                                                                                                                                                                              | Oficina Control Interno     | Cerrado |
| 6 | Debilidades en el manejo y conservación de la información | Mejorar el proceso | Diseño, planeación, implementación de la Ley de Archivo y Gestión documental, de acuerdo a la Ley                                                                                                                                           | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Ley 594 de 2000, implementada al interior de la ESE Hospital San Andrés Apóstol.    | 100 % | Gerente, director administrativo y financiero, almacenista.                                                                                | La ESE Hospital San Andrés Apóstol en aras de mejorar los procesos de diseño, planeación gestión documental realizo las siguientes etapas 1- Realizo la actualización del diagnóstico integral de archivos, 2- Realizo el plan institucional de archivo PINAR, 3- Realizo cuadro de clasificación documental, 4- Realizo tabla | Oficina de control interno. | Cerrado |

|   |                            |                       |                                                                                                                        |                          |                          |                                                                                                                                         |       |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |         |
|---|----------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|
|   | contractual.               |                       | 594 de 2000, 100%                                                                                                      |                          |                          |                                                                                                                                         |       |                                    | de control de accesos y los programas de preservación de emergencias, 5- Realizo programa de conservación documental. 6-Redaccion y validación del programa de prevención de emergencias y programa de conservación documental donde se entregaron los manuales de proceso y procedimientos correspondientes al programa de conservación documental, bajo el marco de la ley 594 de 2000 ley general de archivos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |         |
| 7 | Designación de supervisión | Mejorar en el proceso | Informes de supervisión de los contratos de prestación de servicios estructurados elaborados de forma descriptiva 100% | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Número total de Informes de supervisión de contratos de prestación de servicios / número de contratos de prestación de servicios x 100% | 100 % | Gerente, talento humano, jurídico, | Se creó mediante acta No 55 del 24 de Septiembre de 2020 se inicia con la socialización del acta de supervisión de los contratos que se implementó para subsanar dicho hallazgo, en la socialización participó la Gerente de la entidad, jefe de control interno, su grupo de apoyo y funcionarios y/o contratistas que cumplen el rol como supervisores, para socializar los formatos de informe de supervisión de los contratos y de los contratistas , mediante los cuales se descifran cada una de las obligaciones contractuales, especificando la ubicación de esta información, es decir la ruta física y digital que debe tener cada producto con relación a cada obligación contractual y la descripción de cada actividad. Para que así sea más claro | Oficina de control interno. | Cerrado |

|   |                                                            |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                                                                                            |       |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |         |
|---|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|
|   |                                                            |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                                                                                            |       |                                                          | determinar el cumplimiento de las obligaciones de cada contratista, y en su defecto que cada supervisor certifique las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |         |
| 8 | Deficiencias en la publicación oportuna en el en el SECOP. | Mejorar en el proceso                                                                                                 | Publicación oportuna de todos los contratos suscritos por la ESE Hospital San Andrés Apóstol en la plataforma SECOP, 100%                                                                                                                                                   | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Número total de contratos publicados por la entidad / Número de contratos suscritos x 100% | 100 % | Director administrativo y financiero y Área de Jurídica. | La ESE Hospital San Andrés Apóstol durante la vigencia 2022 de enero 01 a hasta la fecha ha venido cumpliendo en la publicación oportuna y de manera eficiente de todos los contratos suscritos entre la ESE y los diferentes contratistas cumpliendo con lo establecido en la resolución 5185 de 2013, artículo 14.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Oficina de control interno  | Cerrado |
| 9 | Verificación de requisitos                                 | Mejorar en el proceso de revisión y verificación de documentación esencial y fundamental para la vinculación laboral. | Diseño, planeación del proceso contra actual en sus etapas: I) precontractual) realizar la respectiva revisión y verificación de todos los documentos esenciales y fundamentales para realizar la vinculación laboral y contractual con la ESE Hospital San Andrés Apóstol, | 16 de noviembre de 2.021 | 16 de noviembre de 2.022 | Número total de Contratos /s de acuerdo a la necesidad de la entidad x 100%                | 100 % | Talento humano                                           | La oficina de Talento Humano realizó las siguientes medidas en aras de mejorar los procesos de verificación de requisitos necesarios para la vinculación laboral en la ESE Hospital San Andrés Apóstol como: Se creó una lista de chequeo donde se estipula los requisitos necesarios de los documentos para poder realizarle la vinculación laboral, se realizan las respectivas verificaciones de los documentos que el contratista presenta a través de llamadas y mediante correo electrónico de las entidades o personas que expiden los documentos así como también la verificación de las medidas correctivas, disciplinarias, penales y fiscales, en cuanto a la vinculación del personal asistencia (médicos, enfermeros, | Oficina de control interno. | Cerrado |

|  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                              |
|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |  | auxiliares de enfermería, bacteriólogos y los demás que se realiza la verificación de la cual permite validar su capacidad para poder ejercer sus funciones. |
|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La contraloría general del departamento de Córdoba da respuesta informando que en un 76,6% discriminado así:

Las acciones 1, 3, 7 y 8 presentaron cumplimiento del 100%, permaneciendo cerradas, las acciones 2, 4, 6 y 9 permaneciendo abiertas, las acciones 5 y 6 presentan cumplimiento del 40% permaneciendo abiertas.

En consecuencia,

De acuerdo a las fechas establecidas para los avances del plan de mejoramiento se envió el seguimiento al Gerente General Del Departamento De Córdoba, a la fecha no se evidencia respuesta al avance.

**PLAN DE MEJORAMIENTO.**

**RESPONSABLE: JOAQUÍN RAMÓN FERNÁNDEZ PEREZ, GERALDO DE LEÓN GÓMEZ.**

**FECHA REALIZADA: AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO VIGENCIA FISCAL 2020.**

**FECHA: 15 DE AGOSTO DE 2020.**

**ELABORADO POR: ANDRÉS APÓSTOL.**

**REVISADO POR: GABRIEL PATERNINA MORALES.**

**FECHA: 15 DE NOVIEMBRE DE 2022.**

**HALLAZGOS U OBSERVACIONES COMO CONSECUENCIA DEL PROCESO AUDITOR VIGENCIA 2020**

Las acciones correctivas 1, 3, 7 y 8 presentaron cumplimiento del 100%, permaneciendo cerradas, las acciones 4 y 9 presentan cumplimiento parcial del 40% permaneciendo abiertas, las acciones 5 y 6 presentan cumplimiento dl 60% y 70% respectivamente, las cuales permanecen abiertas.

Cumpliendo con las fechas establecidas para los avances del plan de mejoramiento se envió el segundo avance ante el ente de control Contraloría General Del Departamento De Córdoba, a la fecha no se evidencia respuesta al avance en mención.

FECHA DE ENTREGA: 16 DE NOVIEMBRE DE 2022.

| N° | Descripción del hallazgo u observación | Acción (es) correctiva (s) | Meta / objetivo | Cronograma      |          | Indicador (es) de cumplimiento | Porcentaje de cumplimiento | Responsable (s) de la ejecución | Respuesta de la entidad | Seguimiento contraloría general del | Estado de la acción formulada |
|----|----------------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|----------|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
|    |                                        |                            |                 | Fecha de inicio | Fecha de |                                |                            |                                 |                         |                                     |                               |

|   |                                           |                                                       |                                                                                            |                         | finalización            |                                                                                      | de la meta |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | departamento               | (a=abierto<br>c=cerrado) |
|---|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 2 | Deficiencia en la planificación del gasto | aplicación del flujo de caja por el área de tesorería | Seguimiento mensual a la aplicación del flujo de caja por el área de tesorería.            | 16 de noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2022 | Aplicación de flujo de caja                                                          | 100%       | Gerente, director administrativo y financiero, presupuesto              | La ESE Hospital San Andrés Apóstol ha venido dándole cumplimiento a lo establecido en el decreto 115 de 1996 de conformidad a los principios presupuestales como son la planificación, la anualidad, la universalidad, la unidad de caja y la programación integral; implementando políticas de racionalización y austeridad del gasto y disminuyendo las obligaciones y un debido seguimiento a los compromisos presupuestales.<br>Se realizó una proyección presupuestal de ingresos y gastos en el PSFF a precios corrientes, proyectados hasta el 2025.                           | Oficina Control Interno    | Cerrado                  |
| 4 | Deficiencia en la gestión de recaudo      | Mejorar el proceso                                    | Recuperación y recaudo de cuentas por cobrar mediante una gestión efectiva de cartera 100% | 16 de noviembre de 2021 | 16 de noviembre de 2022 | Número total de Cuentas por cobrar recuperadas / Numero de cuentas por cobrar x 100% | 100%       | Gerente, director administrativo y financiero y Auditor cuentas medicas | Se contrató los servicios profesionales de un asesor y auditor médico, el cual tiene como finalidad realizar los diferentes recaudos de cartera y conciliaciones, con las diferentes EPS a la cual se le prestan los servicios de salud, con acompañamiento del área jurídica con intermediación de la súper salud, logrando:<br>1. Conciliación de glosas que venían vigentes desde 2012 hasta 2021, permitiendo una recuperación de cartera y aclaración de cuentas.<br>2. Participación en las mesas de saneamiento de cartera de la circular conjunta 030, con finalidad de hacer | Oficina de control interno |                          |

|   |                                               |                    |                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                                                                                   |      |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |         |
|---|-----------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|
|   |                                               |                    |                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                                                                                   |      |                                                                                                                                             | <p>saneamiento y depuración de las cuentas con las entidades.</p> <p>3. Realización de auditorías a las facturas de los servicios usando el software HYSIS, permitiendo realizar los respectivos cobros a las EPS.</p> <p>4. Conciliación de glosas durante la vigencia 2022, resultando una recuperación de cartera.</p>                                                                                                                                                                          |                             |         |
| 5 | Programa de saneamiento fiscal y financiero.  | Mejorar el proceso | Convocar periódicamente al comité técnico de sostenibilidad contable y financiera, para el seguimiento oportuno a la situación contable y financiera actual y soporte de las mismas al interior de la ESE Hospital San Andrés Apóstol, 100% | 16 de noviem bre de 2021  | 16 de noviem bre de 2022  | Número de reuniones realizadas con actas / Numero de reuniones programadas x 100% | 100% | Gerente, comité técnico de sostenibilidad contable y financiera (contador, director administrativo y financiero, presupuesto, facturación). | Se ha venido realizando en gran medida la depuración de los pasivos de la entidad tal como se evidencia en las actas de comité de sostenibilidad. A su vez se hicieron modificaciones a los indicadores del programa de saneamiento fiscal y financiero 2022 – 2025, para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos por la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, se presentó una propuesta de modificación al PSFF, la cual está en estudio por parte del Ministerio de Hacienda para su viabilidad | Oficina Control Interno     | Cerrado |
| 6 | Debilidades en el manejo y conservación de la | Mejorar el proceso | Diseño, planeación, implementación de la Ley de Archivo y Gestión                                                                                                                                                                           | 16 de noviem bre de 2.021 | 16 de noviem bre de 2.022 | Ley 594 de 2000, implementada al interior de                                      | 100% | Gerente, director administrativo y                                                                                                          | La ESE Hospital San Andrés Apóstol en aras de mejora los procesos de diseño y planeación gestión documental se realizaron las siguientes acciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Oficina de control interno. | Cerrado |

|   |                            |                       |                                                   |              |              |                                     |      |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |         |
|---|----------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------------------------------|------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|
|   | información contractual.   |                       | documental, de acuerdo a la Ley 594 de 2000, 100% |              |              | la ESE Hospital San Andrés Apóstol. |      | financiero, almacenista. | <ul style="list-style-type: none"> <li>1- Realizo la actualización del diagnóstico integral de archivos</li> <li>2- Realizo el plan institucional de archivo PINAR,</li> <li>3- Redacción y validación del programa de prevención de emergencias y programa de conservación documental donde se entregaron los manuales de proceso y procedimientos correspondientes al programa de conservación documental, bajo el marco de la ley 594 de 2000 ley general de archivos.</li> <li>4- La totalidad de archivos de los contratos desde el mes de enero hasta la fecha, de la vigencia 2022, se encuentran digitalizados</li> <li>5- Se ha implementado un check list de verificación de la información que reposa en las carpetas de los contratos</li> <li>6- Se tiene un reporte digital de toda la información contractual de la vigencia.</li> <li>7- Se adquirieron 2 estantes para conservación y organización de la información contractual, se encuentran ubicados en la oficina de jurídica de la ESE.</li> </ul> |                             |         |
| 9 | Verificación de requisitos | Mejorar en el proceso | Diseño, planeación del proceso contra             | 16 de noviem | 16 de noviem | Número total de Contratos           | 100% | Talento humano           | La oficina de Talento Humano realizo las siguientes medidas en aras de mejor los procesos de verificación de requisitos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Oficina de control interno. | cerrado |

|  |  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                 |                                                                     |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  | de<br>revisión y<br>verificació<br>n de<br>document<br>ación<br>esencial y<br>fundament<br>al para la<br>vinculació<br>n laboral. | actual en sus<br>etapas: l)<br>precontractual)<br>realizar la<br>respectiva<br>revisión y<br>verificación de<br>todos los<br>documentos<br>esenciales y<br>fundamentales<br>para realizar la<br>vinculación<br>laboral y<br>contractual con la<br>Ese Hospital San<br>Andrés Apóstol, | bre de<br>2.021 | bre de<br>2.022 | /s de<br>acuerdo a<br>la<br>necesidad<br>de la<br>entidad x<br>100% |  |  | necesarios para la vinculación laboral en la<br>Ese Hospital San Andrés Apóstol como: Se<br>creó una lista de chequeo donde se<br>estipula los requisitos necesarios de los<br>documentos para poder realizarle la<br>vinculación laboral, se realizan las<br>respectivas verificaciones de los<br>documentos que el contratista presenta a<br>través de llamadas y mediante correo<br>electrónico de las entidades o personas<br>que expiden los documentos así como<br>también la verificación de las medidas<br>correctivas, disciplinarias, penales y<br>fiscales, en cuanto a la vinculación del<br>personal asistencia (médicos, enfermeros,<br>auxiliares de enfermería, odontólogos,<br>bacteriólogos y los regentes de farmacia)<br>se realiza la verificación del RETHUS lo<br>cual permite validar su tarjeta profesional<br>para poder ejercer sus actividades. |  |  |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

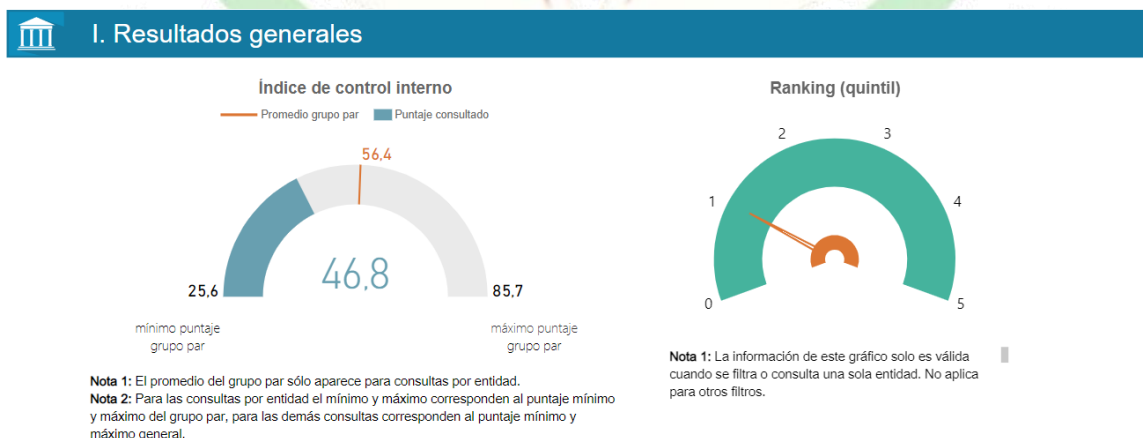
### 3.3. REPORTE DE FURAG

El Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) es una herramienta en línea de reporte de avances de la gestión como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales y sectoriales.

Para el año 2022 la Oficina de Control Interno hizo parte de este reporte, pues desde su visión objetiva e independiente participó con el diligenciamiento de la encuesta que el Departamento Administración Pública DAFP diseñó con ese objetivo y lo llamó reporte de FURAG.



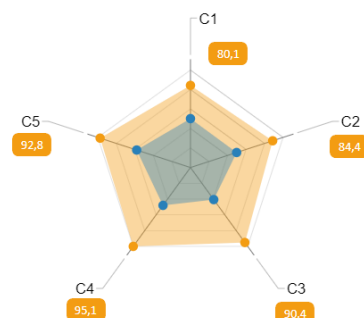
### RESULTADOS GENERALES.



## ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LOS COMPONENTES MECI.

### II. Índices de desempeño de los componentes MECI

● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado



| Dimensión                                                                            | Puntaje consultado | Valor máximo de referencia |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control                 | 47,7               | 80,1                       |
| C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo                               | 47,4               | 84,4                       |
| C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas                                | 38,7               | 90,4                       |
| C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control | 45,6               | 95,1                       |
| C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora  | 55,2               | 92,8                       |

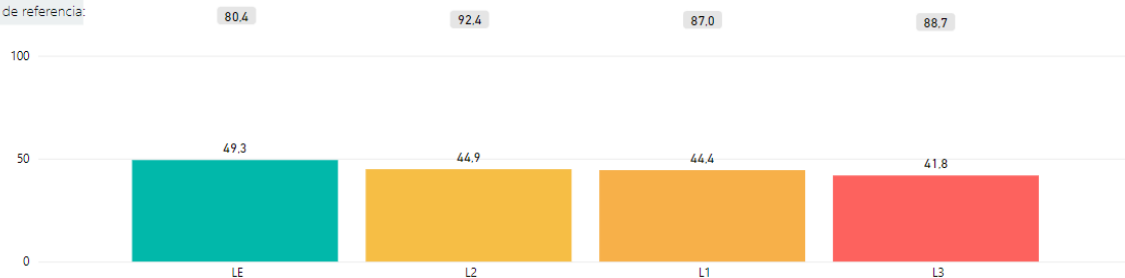
**Nota1:** Para las consultas por entidad el puntaje máximo corresponde al puntaje máximo del grupo par, para las demás consultas corresponde al puntaje máximo general.

**Nota2:** Para los Concejos y Personerías de municipios de categorías 5 y 6, las secciones II, III y IV no aplican.

## ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LAS LÍNEAS DE DEFENSA.

### III. Índices de desempeño de las líneas de defensa

Valor máximo de referencia:



**Nota:** Los colores en este gráfico no representan un alto o bajo desempeño, sino un ranking de las líneas de defensa a partir de los puntajes de la consulta.

| Id índice | Descripción                               |
|-----------|-------------------------------------------|
| LE        | CONTROL INTERNO: Línea Estratégica        |
| L1        | CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa |
| L2        | CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa |
| L3        | CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa |

## EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

### IV. Evaluación independiente del Sistema de Control Interno



**Nota:** Este índice solo se calcula para las entidades a las que les aplica MIPG, cuya medición al sistema de control interno se hace en el marco de la séptima dimensión, y corresponde exclusivamente a la evaluación llevada a cabo por los jefes de control interno.

## RESULTADO DESEMPEÑO MEDICIÓN TERRITORIAL, VIGENCIA 2021.

### Resultados desempeño institucional Territorio, vigencia 2021

El reporte se visualizará en 4 secciones: I. Resultados generales del desempeño institucional del filtro seleccionado; II. Resultados de las siete dimensiones de MIPG; III. Resultados de las dieciséis políticas de gestión y desempeño; IV. Resultados de los índices detallados de cada política; y V. Nuevas políticas de MIPG.

Cada índice visualizado en esta sección tiene un puntaje máximo y mínimo propio determinado por la cantidad de las preguntas utilizadas para su cálculo, lo cual a su vez depende de la complejidad y magnitud de las políticas de gestión y desempeño a las que pertenece cada índice.

La Política de Compras y Contratación Pública, adoptada mediante Decreto 742 de 2021, no es objeto de medición para la vigencia 2021, por tanto no se le calcula el índice de desempeño respectivo.

ENTIDAD  
Hospital San Andrés Apóstol

MUNICIPIO  
San Andrés Sotavento

DEPARTAMENTO  
Córdoba

MUNICIPIOS PDET  
Resto

NATURALEZA JURÍDICA  
Empresa Social Del Estado

Índice de desempeño institucional entidades territoriales  
**60,8**

Universo aplicación MIPG entidades territoriales  
**3363**

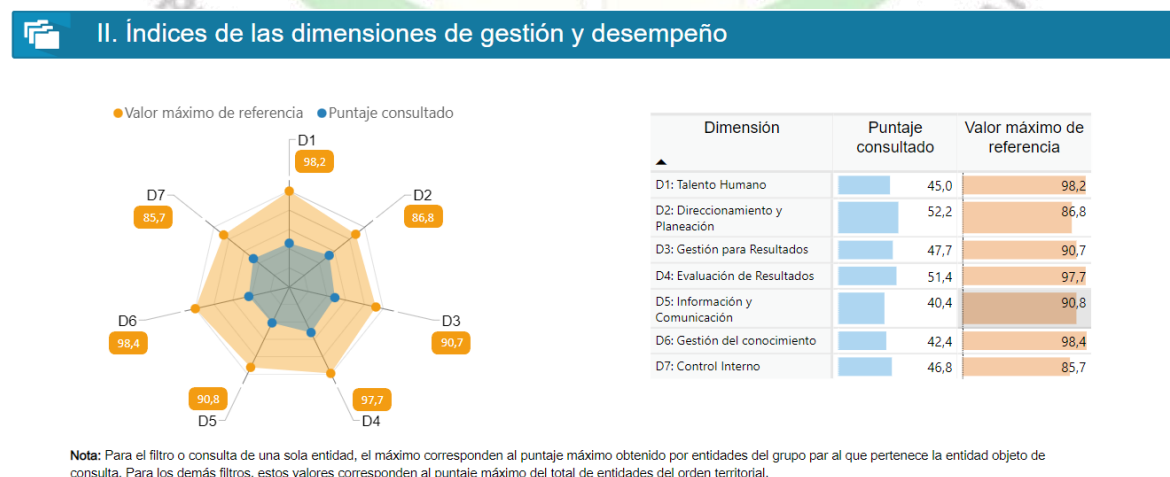
Número de entidades según filtro  
**1 de 1**

[Lista de entidades que no diligenciaron](#)

## RESULTADOS GENERALES.



## ÍNDICE DE LAS DIMENSIONES DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO.



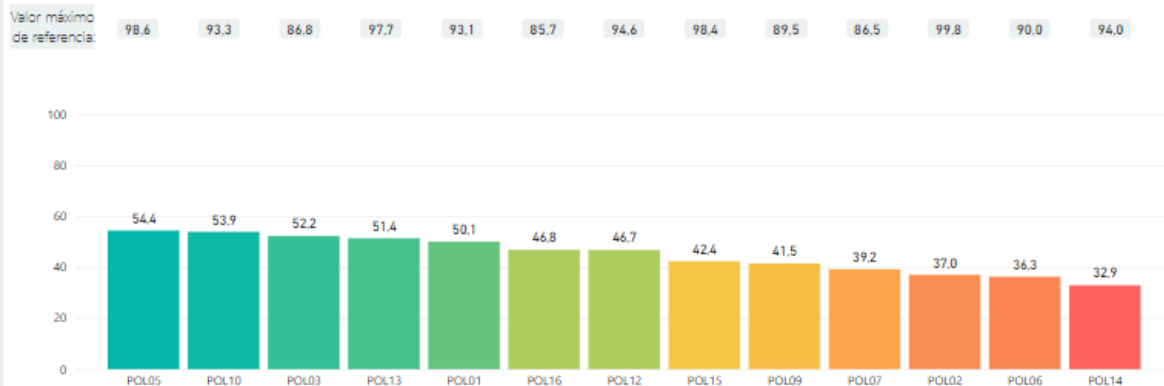
## ÍNDICE DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO.



### III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



Consulte aquí recomendaciones de mejora por entidad



POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano  
POL02: Integridad  
POL03: Planeación Institucional

POL05: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos  
POL06: Gobierno Digital  
POL07: Seguridad Digital

POL09: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción  
POL10: Servicio al ciudadano  
POL12: Participación Ciudadana en la Gestión Pública

POL13: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional  
POL14: Gestión Documental  
POL15: Gestión del conocimiento  
POL16: Control Interno

## ÍNDICE DETALLADO POR POLÍTICA.



### IV. Índices detallados por política

| Índices detallados por política de gestión y desempeño institucional                                           | Puntaje consultado | Valor máximo de referencia |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas                                                              | 38,7               | 90,4                       |
| CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora                                | 55,2               | 92,8                       |
| CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control                                               | 47,7               | 80,1                       |
| CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo                                                             | 47,4               | 84,4                       |
| CONTROL INTERNO: Evaluación independiente al sistema de control interno                                        | 41,7               | 99,3                       |
| CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control                               | 45,6               | 95,1                       |
| CONTROL INTERNO: Línea Estratégica                                                                             | 49,3               | 80,4                       |
| CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa                                                                      | 44,4               | 87,0                       |
| CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa                                                                      | 44,9               | 92,4                       |
| CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa                                                                      | 41,8               | 88,7                       |
| FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS: Eficacia Organizacional                           | 50,8               | 91,3                       |
| FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS: Gestión óptima de los bienes y servicios de apoyo | 58,8               | 95,7                       |
| GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: Análisis institucional para la toma de decisiones                                    | 34,9               | 96,7                       |

**4.CONCLUSIONES:** La Oficina de Control Interno, en su papel de evaluador independiente, y dinamizador del modelo Integrado de planeación y gestión articulado con MECI, dio cumplimiento al Plan de Acción y Programa de Auditorías aprobado en el Comité de Coordinación de Control Interno, para la vigencia 2021, 2022, midiendo la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión y Control, evaluando los planes establecidos, orientando y asesorando la formulación de acciones correctivas y de mejora para el cumplimiento de las metas y objetivos previstos.

En este sentido, en desarrollo del proceso de mejoramiento continuo para la Entidad y la lucha contra la corrupción, la Oficina de Control Interno realizó las auditorías internas programadas, así como los seguimientos a los planes de mejoramiento, y demás informes que por ley corresponden al cumplimiento de los requerimientos establecidos por los entes de control, de acuerdo a la normatividad vigente. Así mismo cumplió con los roles de valoración de riesgos, y con el fortalecimiento a la cultura de autocontrol, asesoría y acompañamiento en los servicios que presta la Entidad, buscando el mejoramiento sostenible en la definición y ejecución de las políticas y estrategias de la entidad.

En ese orden de ideas, se concluye que la Oficina de Control Interno hizo un esfuerzo por cumplir con su papel retro alimentador y dinamizador del Modelo integrado de planeación y gestión articulado con el modelo estándar de control interno de la Entidad, generando las alertas, recomendaciones y oportunidades de mejora correspondientes para la adecuada toma de decisiones, por parte de la Alta Dirección.

Dado En San Andrés De Sotavento Córdoba A Los 13 Día Del Mes De Enero De 2023.

Presentado por:

JOAQUIN RAMÓN FERNANDEZ PEREZ  
JEFE DE CONTROL INTERNO

