

**INFORME ANUAL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

VIGENCIA 2020

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ESE SAN SEBASTIÁN**

**JAVIER MAURICIO BAHAMÓN SALAS
GERENTE**

**LA PLATA
MARZO DE 2021**

CONTENIDO

1. INTRODUCCION.

2. OBJETIVO.

3. ALCANCE DEL INFORME.

4. METODOLOGÍA.

5. INFORME EJECUTIVO DE CONTROL INTERNO

5.1 FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO

5.2 HALLAZGOS

5.3 INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS

5.4 SEGUIMIENTO A LAS PQRS

5.5 SEGUIMIENTO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

5.6 SEGUIMIENTO GESTIÓN FINANCIERA

5.7 SEGUIMIENTO FARMACIA

5.8 SEGUIMIENTO IMPLEMENTACIÓN MIPG

5.9 SEGUIMIENTO GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO

5.10 SEGUIMIENTO GESTIÓN ASISTENCIAL

5.11 SEGUIMIENTO GESTIÓN DOCUMENTAL

5.12 SEGUIMIENTO GESTIÓN JURÍDICA

5.13 SEGUIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA

5.14 CONCEPTO DE APLICACIÓN DE NORMAS DE AUSTERIDAD DEL GASTO EN LA ENTIDAD

6. ENCUESTA FURAG

1. INTRODUCCIÓN

La gerencia como responsable de adoptar, implementar y fortalecer una estructura de control en la ESE San Sebastián, cuenta con el apoyo de la oficina de control interno quien brinda el soporte y contribuye al mejoramiento continuo de los procesos, para ello se discutió y aprobó el plan de auditorías para la vigencia del 2020 por parte del Comité Institucional de Control Interno.

En el presente informe, se ostentará la evaluación del sistema de control interno realizada al finalizar el primer y segundo semestre, el resumen de las auditorías internas realizadas, el reporte del autodiagnóstico del avance en la implementación del MIPG y las recomendaciones que en su momento tuvieron lugar.

2. OBJETIVOS

Contribuir al reporte de la cuenta consolidada 2020 para Contraloría Departamental.

Dar a conocer al ente de control las actividades que se vienen realizando en la ESE San Sebastián en materia de control interno.

3. ALCANCE DEL INFORME.

El Informe se construye y se presenta bajo los lineamientos que para tal fin ha emitido la Contraloría Departamental del Huila, a través de la Circular 003 del 24 de febrero de 2021 para contribuir a la rendición de cuentas mediante el aplicativo SINTERCADH.

4. METODOLOGÍA.

A pesar de que no existe una estructura absoluta o única de control interno, el presente informe parte del entendimiento completo de los procesos llevados a cabo por parte de la ESE San Sebastián, en donde se identificaron los riesgos relevantes y se procedió con la definición de la acción a desarrollar para mitigar su grado de ocurrencia y el impacto para la ESE.

Durante la ejecución de las actividades, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Tipos de transacciones realizadas por la organización, relevantes para el reflejo de la situación real y actual de la misma.
- Procedimientos tanto operativos como administrativos desarrollados por parte del personal operante de la organización verificando el grado de registro y reporte que se lleva por parte de ella.
- Sistemas de información de respaldo, los cuales predominan en el área financiera los cuales predominan en el área financiera, en donde se encuentra pertinente la verificación del grado de justificación y soportes que se tienen dentro de la contabilidad de la entidad, tal información de respaldo refleja la transparencia de las operaciones de la organización, lo que conlleva a una mayor efectividad respecto al control interno necesario a implementar.
- Formas de evaluación de sucesos y condiciones presentadas tras la actividad de la entidad, con el fin de verificar su modo de captar información relevante y el criterio de afectación, no solo al factor operativo de la organización, sino también al factor financiero y en su conjunto.

5. INFORME EJECUTIVO DE CONTROL INTERNO

5.1 FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO.

FORTALEZAS DEL SISTEMA.

- La fortaleza del sistema contable se enfoca en la idoneidad de los miembros del equipo de trabajo de la ESE, la comunicación asertiva entre los mismos, la objetividad con la que se hacen los registros contables y se procesa la información, la revisión y validación de las cifras.

DEBILIDADES DEL SISTEMA.

- El sistema contable de la ESE San Sebastián presenta debilidades relacionadas con el sistema de información "software", pues no se cuenta con un software en línea y se tiene que recurrir a realizar interfaz entre SIIGHOS PLUS y SOFTLAND PYME, por otra parte depende de la entrega de información de otras áreas para su consolidación y la oportunidad no es la mejor por fallas en el procesamiento de la información (cierre de inventarios y su certificaciones). No se tiene una valoración razonable de la propiedad planta y equipo y no se cuenta documentado los procesos y

procedimientos ni identificados los riesgos en que se puede incurrir en materia contable.

ACCIONES DE MEJORAMIENTO

La aplicación del sistema de control interno en la ESE San Sebastián contribuirá al mejoramiento en la gestión y al aporte significativo está orientado al aumento gradual de las expectativas de cumplimiento de sus objetivos, para ello es necesario realizar:

- Socializar, implementar e interiorizar el código de integridad. Establecer estrategias para evaluar su impacto
- Seguimiento al grado de avance en el autodiagnóstico de las dimensiones del MIPG
- Diseñar el mapa de riesgos, con el fin de poder evaluar el impacto en el desarrollo del objeto social de la ESE.
- Actualizar los manuales de procesos y procedimientos
- Determinar las políticas y procedimientos para la comunicación asertiva.

5.2 HALLAZGOS

Con la reorganización institucional, tomando como punto de partida el ajuste a la plataforma estratégica, procedimiento que se realizó conforme a la norma y fue aprobado por Junta Directiva. Igualmente ha venido trabajando en el proceso de implementación de la operación de los componentes del Sistema de Control Interno en procura de cumplir con los objetivo y metas propuestos y mejorar la calidad de los servicios prestados, para ello ajustó el manual de funciones de sus colaboradores de carrera administrativa, identificando los líderes de cada proceso, con el fin de mejorar la interacción en los componentes del sistema de control interno.

En el primer componente del Sistema de Control Interno (Ambiente de control), la Institución fortaleció su esquema con el fin de que todas sus actividades, operaciones y actuaciones, se realicen de acuerdo con las normas, las políticas trazadas por la dirección en procura del cumplimiento de las metas u objetivos propuestos. Además, se continuó con el seguimiento a la autoevaluación del MIPG en cada una de sus dimensiones, en donde se ha observado avances importantes; sin embargo, se podría contar con mejores resultados si se logra mejorar el compromiso de los colaboradores (líderes) responsables de cada una de las dimensiones y la continuidad de las acciones de control.

Con relación al segundo, tercer, cuarto y quinto componente del Sistema de Control Interno (Evaluación de Riesgos, actividades de control, información y comunicación, monitoreo), en la ESE San Sebastián se ha venido trabajando en la identificación, evaluación y gestión de los eventos internos y externos que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos y metas institucionales. Además se actualizó el manual de funciones de sus colaboradores y se piensa trabajar en la actualización de los procesos y procedimientos que van a contribuir al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección, se ha mejorado en los canales de comunicación partiendo de la premisa de que la información sirve como base para conocer el estado de los controles, el avance de la gestión de la entidad y sobre todo que los servidores comprendan los roles y responsabilidades en el sistema de control interno.

Con el fin de garantizar el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos, en la ESE San Sebastián se continuará con el seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y controles mediante la evaluación concurrente o autoevaluación.

En este sentido se puede mencionar como hallazgos los siguientes:

- Manuales de procesos y procedimientos desactualizados o no documentados, estableciendo los puntos de control que apoyen la gestión administrativa.
- Debilidad en la gestión documental, no se cumple con los plazos definidos en las tablas de retención, especialmente en las sedes de la ESE San Sebastián ubicadas en Leticia, Belén.
- Se aprecia poca efectividad en la operación de seguimiento y valoración de la política de administración de riesgos; pues aunque se ha recomendado su aplicación y la observación frecuente de los procedimientos y mecanismos de identificación y valoración de los mecanismo de control y de los factores de riesgo por parte de los líderes de los procesos, se observa que aún no se cuenta con los mecanismos apropiados para la aplicación, seguimiento y evaluación del plan anticorrupción, del mismo mapa de riesgos y de los resultados.
- Un sistema de información que no está acorde a las necesidades de la ESE San Sebastián y que reiterativamente se presentan dificultades a la hora de la consolidación de la información para la elaboración de los diferentes informes y estados financieros.

5.3 INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.3.1 Ambiente de Control, Se definió el nivel jerárquico estableciendo los líderes de cada proceso, sus colaboradores para continuar con actitud positiva y prestos a apoyar el Sistema de Control Interno; sin embargo, hace falta la socialización y la documentación de procesos, procedimientos y políticas. Por ser la base del sistema de control interno, la administración ha venido trabajando en la concientización de los colaboradores para tener disciplina y brindar una estructura en la documentación de cada una de las actividades que se realizan en la ejecución de los objetivos y metas.

5.3.2 Evaluación de Riesgos: La IPS, se enfrenta a diversos riesgos de origen externo o interno que deben ser evaluados con base en la identificación de los objetivos trazados, es por ello que la ESE San Sebastián tiene definidos los lineamientos, pero requieren de acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño.

5.3.3 Actividades de Control: La ESE San Sebastián tiene definido los procedimientos y políticas que contribuyen al desarrollo del plan de gestión de la administración de la empresa y se cuenta con medidas necesarias para controlar los riesgos relacionados con la consecución de los objetivos de la Empresa; sin embargo, falta avanzar en la documentación y/o actualizar los procesos y procedimientos identificando los posibles riesgos inmersos.

5.3.4 Información y Comunicación: A pesar de que en la ESE San Sebastián se identifica, se recopila y se comunica la información a cada empleado, carece de un sistema de información robusto que permita contar con reportes o informes para dirigir y controlar la ejecución de los objetivos y metas de forma adecuada.

5.3.5 Monitoreo: En la ESE San Sebastián se realiza la supervisión, evaluaciones periódicas con el fin de realizar las notificaciones a la Administración, en donde se toman las decisiones y medidas acordes para la solución de los problemas y mitigar los riesgos.

5.4. Seguimiento a las PQRS de los usuarios, en donde se pudo evidenciar las siguientes peticiones

5.4.1 Mejoramiento de los canales de información entre la ESE y los usuarios, para ello la administración puso en funcionamiento el Call Center con el fin de mejorar la posibilidad de acceder a los servicios y controlar los eventos internos y externos que pueden en un momento determinado empañar la calidad del servicio

5.4.2 En los diferentes servicios de la IPS, se socializa las inquietudes y quejas de los usuarios relacionadas con el aseo, la calidez de la atención, cumplimiento de horarios de atención,

5.5 Seguimiento Gestión de Talento Humano

5.5.1 Revisión de las historias laborales de los empleados, en donde se observó que no se cumplía con lo establecido en la Circular 04 de 2003 del Archivo General, no todas tenían la verificación del RETHUS y no se contaba con el usuario y clave del SIGEP.

5.6 Seguimiento Gestión Financiera

5.61 Al confirmar que en la ESE no se realizaba los ajustes de manera mensual por concepto de mayor o menor valor cobrado por la atención de usuarios mediante la modalidad de cápita, se sugirió tramitar las novedades una vez se cuente con el reporte de la EAPB, continuar con el cruce de información entre cartera y contabilidad y cerrar ciclos con la liquidación de contratos con las ERP.

5.6.2 En la revisión de la gestión financiera, con relación a tesorería se determinó que la auxiliar de tesorería no conoce el proceso, que se realizan pagos sin realizar a la vez comprobante de egreso; sin embargo, se cuenta con un control efectivo para la administración de los tokens

5.6.3 Se encontró varias cuentas de ahorro sin uso, por lo que se sugirió realizar una depuración y cancelar las cuentas que no tienen movimientos

5.6.4 Con relación al proceso de facturación se encontró que el software de facturación no realiza de manera automatizada la actualización de las tarifas ofertadas a las diferentes EAPB, no se contaba con los perfiles de usuarios definidos en software teniendo en cuenta las actividades realizadas, se carecía de una política institucional para la venta de servicios no incluidos en el Decreto 2423 de 1996, ni para los usuarios particulares, los precios se definían sin tener en cuenta un Acto Administrativo, igual situación sucede con la venta de medicamentos.

5.6.5 Seguimiento a los hallazgos reportados por la Contraloría Departamental en el año 2017, en donde se fortaleció el proceso de contratación mejorando los estudios previos, mejoramiento de la administración del parque automotor, comienzo de la implementación de la actualización de la propiedad planta y equipo, falta de escrituras de Monserrate y San Andrés.

5.6.6 La mayoría de las objeciones realizadas por las EAPB, son de tipo administrativo, relacionadas con error en la tarifa, ausencia de soportes, error en el convenio.

5.6.7 No se tenía definido el proceso de anulación de facturas ni claro el motivo por el cual se realizaba.

5.6.8 En la realización de los arqueos de caja, no se encontraron faltantes de recursos, sólo se halló dificultades para dar vueltas cuando los usuarios pagan las cuotas moderadoras, el dinero no se protege en un lugar seguro, inoportunidad en la entrega de los valores recaudados en las otras sedes de la ESE

5.7 Seguimiento Gestión Farmacia

5.7.1 Se han realizado auditorías, en donde los hallazgos se relacionan con la diferencia reiterada entre los medicamentos físicos con los registrados en el software, además de las novedades relacionadas con las entregas de almacén y las entradas a farmacia. Se ha sugerido a la Administración ejecutar planes de mejora que permitan tener un control efectivo de los inventarios

5.8 Seguimiento a la implementación de MIPG

5.8.1 Al realizar seguimiento a la implementación, se observó que desde el año 2018 que se adoptó el modelo, no ha tenido el avance requerido, estuvo inactivo durante casi todo el año 2019 y primer semestre de 2020. En equipo con el líder de planeación y calidad se retoma el proceso, se definen los líderes responsables de cada Dimensión.

5.8.2 Con la aprobación del manual de funciones actualizado a la planta actual de la ESE, se sugiere a la Gerencia indicar a cada líder la necesidad de brindar la importancia de cumplir a cabalidad cada una de las políticas que hacen parte del modelo.

La calificación obtenida en el seguimiento en coordinación con el líder de planeación de cada una de las dimensiones del MIPG fue:

- * Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación: 88
- * Dimensión de Control Interno: 75.9
- * Dimensión de Talento Humano: 54.9
- * Dimensión de información y Comunicación: 79.1
- * Dimensión de Gestión con valores para resultados: No se ha realizado el autodiagnóstico.

- * Dimensión de Gestión del conocimiento y la innovación: No se ha realizado el autodiagnóstico.
- * Dimensión Evaluación de Resultados: No se ha realizado el autodiagnóstico

Para continuar con el avance de la implementación del MIPG, se recomendó:

- * Concertar con los líderes de cada Dimensión la necesidad de avanzar en la implementación y mantenimiento del modelo, actividad sujeta a la calificación de desempeño.
- * Realizar seguimiento a la implementación de las políticas de gestión y desempeño en los comités administrativos o similares, con la participación del representante legal de la entidad y los líderes de política a nivel institucional, a fin de analizar los resultados obtenidos y establecer estrategias para fortalecer la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión: esquemas, recursos, capacidades, etc.
- * Aumentar los espacios de pasantía o práctica de estudiantes universitarios (remunerada o no remunerada) como apoyo a la implementación de las políticas de gestión y desempeño, con entregables claros y adecuada supervisión.

5.9 Seguimiento Gestión Ambiente Físico

5.9.1 Con relación al funcionamiento de las plantas eléctricas, se estableció que existe el soporte en cada una de las sedes principales; sin embargo, se pudo evidenciar que la planta eléctrica de la sede principal de la ESE no tiene la suficiente capacidad para cubrir el servicio cuando se requiera, debido al crecimiento de la IPS, para la planta de la sede Camilo Torres, requiere de revisión y mantenimiento permanente, la de la sede de Belén no tiene la capacidad por lo que se puede incurrir en riesgo al requerir el servicio, más cuando se tiene habilitado urgencias

5.9.2 Con relación a la UPS, estaban en malas condiciones por lo que existe un riesgo, al no contar con el respaldo al momento de presentarse una falla en el suministro de energía. El laboratorio clínico no contaba con la UPS de respaldo

5.9.3 Esterilización: El proceso se realizaba con personal no competente ni contaba con capacitación, no se tenía un registro del material esterilizado ni el protocolo adecuado, la esterilización mediante el uso de la autoclave no se realizaba y el equipo para verificar la calidad de la esterilización, no se usaba por falta de capacitación

5.9.4 La ESE tiene dificultades al no cumplir con lo establecido en la norma para la destinación final de los residuos hospitalarios, para los residuos químicos la ESE sólo cuenta con un sistema de tratamiento ubicado en el laboratorio clínico, no se cuenta con PETAR, en las visitas de la CAM, siempre han dejado planes de mejoramiento con relación a BDO5 Y DBQ. En la sede de Leticia no se cuenta con ningún sistema de tratamiento de residuos y falta legalizar el acueducto y alcantarillado. Para el plan de emergencias y desastres, no se cuenta con protocolos actualizados y hace falta dotación y con relación al mantenimiento de equipos, no se cuenta con un manual actualizado y no se hace de manera preventiva

5.10 Seguimiento Gestión Asistencial

5.10.1 Con relación al área de P y P se notaba debilidad en el sistema de información, el software no contribuye para la elaboración de los diferentes reportes y se tenía que recurrir a terceros para cumplir con la entrega de los diferentes informes, hacía falta una estrategia de publicidad de los programas que favorecen a la Promoción y Prevención de salud y no se está cumplía con los indicadores acordados con las EAPB.

5.10.2 Para las actividades del PIC se observó demora en el pago de la seguridad social de los contratistas, cumplimiento de las actividades acordadas con el Municipio de la Plata, la ejecución de los recursos estaba acorde a los eventos realizados.

5.11 Seguimiento Gestión Documental

5.11.1 En la revisión realizada, se halló la necesidad de actualizar las tablas de retención, inoportunidad en la entrega de los documentos por parte de las diferentes áreas de la ESE, necesidad de actualizar el manual.

5.11.2 Los documentos entregados a gestión documental relacionados con los pagos efectuados desde el mes de abril de 2020, carecían de las firmas de los responsables

5.12 Seguimiento Gestión Jurídica

5.12.1 La programación relacionada con la defensa jurídica de la ESE, se vio afectada cuando se realizaron los nombramientos en provisionalidad de las personas, por entregar la responsabilidad de la Gestión Jurídica a la persona que posteriormente no pudo validar su título de abogado, no se cuenta los documentos de seguimiento o actas de los comités de conciliación realizada.

5.13 Seguimiento Gestión Administrativa

5.13.1 En almacén se encontró propiedades que aparecían en el almacén a pesar de ya estar en uso,

5.13.2 Proyectos: En el seguimiento realizado, se pudo evidenciar que se ha cumplido con lo planeado por la gerencia para la vigencia de 2020, a pesar de todas las limitaciones presupuestales a raíz del cambio de administración.

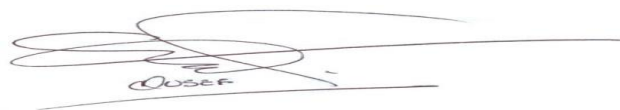
5.14 CONCEPTO DE APLICACIÓN DE NORMAS DE AUSTERIDAD DEL GASTO EN LA ENTIDAD

De manera concreta y de acuerdo a los análisis efectuados por la coordinación de control interno de la entidad, las políticas y medidas adoptadas por la institución, con las cuales se han asegurado los resultados y la imagen que hoy se proyecta, y que siguen siendo observadas por toda la comunidad son las siguientes:

- Austeridad al máximo en la utilización de los elementos de comunicación con que cuenta la entidad, se implementó la ventanilla única para comunicación interna y externa.
- Control de los requerimientos para la gestión de las diferentes áreas de la ESE San Sebastián mediante la aplicación de la política de racionalización y buen uso de los elementos entregados a cada uno de los líderes.
- Con un doble propósito se trabaja en la implementación de medidas relacionadas con la protección del medio ambiente y los aspectos financieros: racionalización y adecuación de los servicios públicos de agua y energía.

6 . ENCUESTA FURAG.

La ESE San Sebastián alcanzó a diligenciar el FURAG; sin embargo, no fue posible descargar el formato con el cuestionario diligenciado, en razón a lo expresado en la Circular Externa número 100-005 de 2021, en donde la directora encargada del Departamento de la Función Pública actualiza el calendario de cierre de formulario único de reporte y avances de gestión FURAG –VIGENCIA 2020 por la implementación de un nuevo aplicativo que ha presentado algunas intermitencias.



DUBER JULIÁN SÁNCHEZ
Líder Control Interno