



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE GESTION DE CONTROL INTERNO 2015

Presentado Por
LINA MARIA VASQUEZ DIAZ

ENERO 2016

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 3 |
| Alcance..... | 4 |
| Metodología..... | 5 |
| 3. Informe del sistema de control interno..... | 6 |
| 3.1 Valoración del Riesgo..... | 6 |
| 3.2 Acompañar y Asesorar..... | 9 |
| 3.2.1 Comité de control interno..... | 10 |
| 3.3 Evaluación y seguimiento..... | 10 |
| 3.3.1 Evaluación del Modelo Estándar de control interno..... | 11 |
| 3.3.2 Auditoria interna..... | 18 |
| 3.4 Fomento de la cultura de autocontrol | 18 |
| 3.5 Relación con Entes de Control..... | 14 |

INTRODUCCION

El presente documento tiene por objetivo preparar y formular el informe de gestión de la Oficina Asesora de Control interno y establecer la implementación, desarrollo y mejoramiento de los Subsistemas, componentes y elementos que integran el Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, con base en los cinco (5) tópicos, sobre los cuales se fija el rol de las oficinas de control interno o quien haga sus veces, así:

- **Valoración del Riesgo:** Trabajo orientado a identificar y evaluar las actividades de monitoreo, seguimiento y control de los riesgos asociados a los procesos y procedimientos y su impacto en la consecución de los objetivos institucionales y las políticas adoptadas para el control de los riesgos, en pro del fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
- **Acompañar y asesorar:** Consistente con el trabajo que deben realizar las oficinas de control interno de acompañamiento técnico a la alta Dirección y demás funcionarios de la entidad, en la búsqueda permanente de soluciones a las limitaciones detectadas en las diferentes actividades de la entidad.
- **Evaluación y seguimiento:** Comprende las actividades de evaluación objetiva e independiente que debe realizar la oficina de control interno sobre la gestión administrativa, financiera, de legalidad, operativa e informática de la entidad, a través de las cuales se establecen recomendaciones para que la alta dirección fije las acciones de mejora continuo de la entidad.
- **Fomentar la Cultura del Autocontrol:** Acciones orientadas a promover la puesta en práctica e interiorización por parte de los servidores de la entidad, de los valores, principios, políticas y objetivos institucionales, tendientes al fortalecimiento del compromiso de los funcionarios con la entidad, a través del conocimiento del Sistema de Control Interno.
- **Relación con los Entes Externos:** Acciones orientadas a que la entidad de cumplimiento efectivo a sus obligaciones de suministro de información a las entidades de inspección, vigilancia y control y demás partes interesadas; así como de su gestión o rendición de cuenta de manera ágil y transparente.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



1. ALCANCE

El alcance del informe se extiende desde el 1º de enero al 31 de Diciembre de la Vigencia Fiscal de 2.015 y abarca los diferentes procesos y procedimientos administrativos y asistenciales, a través de los cuales, la ESE Carmen Emilia Ospina logra el cumplimiento de sus objetivos y su misión institucional.

2. METODOLOGIA

La metodología aplicada para la consolidación del Informe, consistió en extraer los aspectos relevantes registrados en los informes ejecutivos de las evaluaciones y seguimientos efectuados por la Oficina de Control Interno durante la vigencia fiscal 2.015.

3. INFORME DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

El ejercicio de control interno basado en los cinco (5) tópicos, sobre los cuales se fija el rol de las oficinas de control interno, se ha venido ejerciendo, tal como se evidencia a continuación:

3.1. VALORACION DEL RIESGO.

Las acciones de Control Interno estuvieron orientadas a identificar y evaluar las actividades de monitoreo, seguimiento y control de los riesgos asociados a los procesos y procedimientos y su impacto en la consecución de los objetivos institucionales y las políticas adoptadas para el control de los riesgos, en pro del fortalecimiento del Sistema de Control Interno, de la ESE Carmen Emilia Ospina.

Al respecto, se orientó a la gerencia y demás funcionarios de la ESE, sobre la necesidad de aplicar cabalmente los procesos y procedimientos fijados por la ESE dentro del proceso de continuidad y sostenibilidad de la implementación del MECI 1000:2.005, con el propósito de evitar riesgos en la prestación de los servicios de salud, así como de realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de los controles a los riesgos. Al respecto la oficina de Control interno evidenció lo siguiente:

| VALORACION DEL RIESGO | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| PROCESO | RIESGO | ACCIONES | OBSERVACIONES |
| Gestión gerencial (planeación) | 1.Falta de adherencia del plan de desarrollo y Plan de acción | Cada semestre se solicita información específica por áreas a los líderes de proceso. | 1. Al inicio de cada año los líderes de procesos presentan el informe consolidado del área y el plan de acción por la nueva vigencia. Semestralmente se continúa solicitando y presentando la información de la gestión en forma semestral., la cual es socializada en el comité de gerencia, para la toma de decisiones. |
| | 2.Inapropiada definición de políticas, objetivos, metas | Efectuar seguimiento a los informes de gestión | 2. De acuerdo a los resultados presentados se hace seguimiento a la gestión institucional, para fortalecer las debilidades presentada, el cual es socializado en comité de gerencia. |
| | 3.Falta de Planeación en los procedimientos y manejo de indicadores para los mismos | Elaborar los indicadores conjuntamente con los líderes de proceso. | 3.. Desde el 2012 se realizó evaluación y ajuste de los procesos de la ESE, en conjunto con calidad. Planteándose el nuevo tablero de indicadores, el cual es monitoreado mensualmente por la oficina de calidad. La acción se realizó por ende el riesgo se minimizo. |

| | | | |
|------------------|---|---|--|
| | 4. Errores en los Planes Institucional | Cada semestre se solicita información específica por áreas a los líderes de proceso. | 4. En conjunto con los líderes de los procesos se realiza el diagnóstico situacional para elaborar el plan de desarrollo. Proceso que se realiza cada 4 años con el cambio de Gerencia. En mayo del 2012 se realizó el diagnóstico situacional que aplica actualmente. Decreto 1876 del 1994. |
| Defensa judicial | Se presentan demandas de administrativos por fallas en los servicios médicos que presta la entidad. | <p>1. Se crea el comité de defensa judicial.</p> <p>2. Capacitación a personal asistencial en aplicación de estándares de calidad.</p> <p>3. Socialización de las demandas al personal asistencial. Continuidad de los asesores jurídicos para la defensa judicial.</p> | <p>El Comité de Defensa Judicial fue creado mediante Resolución No. 352 del 25 de noviembre 2011. Según Resolución se deben reunir cada dos meses. Se creó una coordinación jurídica que supervisa la defensa jurídica de la ESE en los procesos existentes y por venir.</p> <p>En el mes de marzo del 2014 como política de implementación de herramientas para la seguridad jurídica de la ESE</p> <p>Se realizó la contratación de un profesional del derecho que actuó como Coordinador Jurídico. Actualmente el equipo de defensa jurídica de la ESE está conformado por dos abogados que atienden los procesos y un Coordinador de defensa jurídica quienes realizan reuniones periódicas, haciendo seguimiento a los casos activos. La oficina de calidad realiza el monitoreo al cumplimiento de los protocolos de asistencia médica y guías médicas correspondiente de la ESE en aras de minimizar los riesgos por fallas en el servicio para posibles denuncias. La socialización de las demandas se realiza a través del Comité de Gerencia. No se realiza con el personal asistencial. Se hace a través de los jefes de grupo. Se ha logrado minimizar los riesgos de demandas de la ESE así como la continuidad de la defensa especializada. No se observa envío del Comité de Conciliación sobre la actuación de no presentar demanda de acción de repetición a la Procuradora delegada para asuntos administrativos. Recomendaciones Es importante y necesario que el área jurídica, socialice los motivos y causas de las demandas a las áreas asistencial y calidad. Se recomienda se operative el Comité de Defensa Judicial. Se recomienda que en la tutela de Ilda Liliana Prieto Roso, donde el Comité de Conciliación dispuso no presentar demanda de acción de repetición, envíen el expediente de la actuación a la Procuraduría delegada para asuntos administrativos. Para efectos de control de legalidad.</p> |
| comunicaciones | 1. Falta de continuidad del personal que apoya este proceso | Contratar el asesor de comunicaciones el cual oriente los procedimientos a cumplir para esta importante área | 1. A partir del mes de noviembre del 2012 se realizó la contratación de una comunicadora, para el manejo de comunicación interna y externa. En Octubre del 2013 se contrata otro profesional para apoyo del área. En Diciembre del 2014 el área de comunicaciones queda con dos profesionales. En marzo del 2015 se realiza la contratación de dos profesionales más. Quedando |

| | | | |
|-------------------------------|---|--|---|
| | 2. Falta de conocimiento del personal de los objetivos metas y socialización de la gestión realizada. | Implementación del sistema Orfeo de gestión documental | compuesta la estructura organizacional por 4 cuatro profesionales 2.El sistema Orfeo de gestión documental se implementó en el mes de mayo de 2014, se ha capacitado el personal, sin embargo es importante la continuidad en la inducción del personal a cargo por la rotación alta que se ha presentado 3. En el mes de febrero del 2015 se implementa la estrategia de comunicaciones para la vigencia del 2015 la cual consiste en divulgación de dos componentes: Comunicación Externa y Comunicación Interna de la Institución. En Externa se maneja el Plan de Medios con los programas, espacios y noticieros de la ciudad; el envío de boletines y comunicados de prensa. En Comunicación Interna se maneja la publicación de información en la página web, Intranet, redes sociales, carteleras digitales y físicas. Uso de chat de Spark, SIMAD, para el envío de información a empleados de planta y contrato por prestación de servicios |
| | 3.Imagen corporativa y de publicidad de la ESE | Contratar el asesor de comunicaciones el cual oriente los procedimientos a cumplir para esta importante área | |
| Garantía de la calidad | Falta de definición de los procedimientos de Calidad y Auditoría | 1. Actualizar, definir y ajustar los procedimientos de la oficina de Calidad. | Se actualizó el mapa de procesos versión 2 a la versión 3 con sus correspondiente documentación el 2 de enero de 2015 |
| | Falta de recurso Humano | 1. El asesor de calidad solicitara a la gerencia el personal idóneo requerido para cumplir con las exigencias del SOGCS. | En la actualidad se cuenta con un coordinador de calidad, un auditor médico, un auditor de calidad, una ingeniera biomédica, y una auxiliar administrativa. |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|---|
| | Falta de adherencia a la aplicación de los procedimientos. | 1. Socializar los nuevos procedimientos documentados a todas las dependencias y servicios. | Quando se realiza algún tipo de modificación a los procesos, deben ser los líderes quienes socialicen con su grupo los respectivos cambios. Pues son los líderes los encargados de solicitar esas modificaciones; sin embargo una vez revisado el procedimiento de control de documentos no se encuentra estipulado quien realiza la actividad, por tal motivo se recomienda sea ajustado el procedimiento para mayor claridad. |
| Control interno estratégico | Incumplimiento en la entrega de información requerida por los entes de control | 1. Establecer la gerencia los plazos interno para la entrega de información a la oficina de control interno para ser despachada a la institución que realice el requerimiento. 2. Requerimientos por parte de la oficina de control interno hacia las dependencias generadoras de información | No se tiene documentado un cronograma para el envío de información hacia los entes de control. Sin embargo desde la oficina de control interno y desde el rol de autocontrol enviamos notificaciones de recordación para el cumplimiento; es de recalcar que para la vigencia 2015 se ha cumplido con los plazos para el envío de información hacia los entes control. |
| | Incumplimiento en el plan de acción de la oficina de control interno | 1, notificar a la gerencia y líderes de procesos en la inoportuna entrega de la información | La oficina de control interno cuenta con un personal multidisciplinario para el apoyo de las actividades que le competen a dicha oficina gracias a la directriz de la gerencia en fortalecer el equipo en razón a los múltiples informes y roles que efectúa la oficina de control interno. Se recomienda la revisión de nuevos factores de riesgo en razón a la actualización de los procesos. |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Sistema de referencia y contrareferencia | 1- Ocurrencia de eventos adversos y fallas de calidad. | <p>1. Mantener con la alta dirección la suficiencia de vehículos y su continuo mantenimiento preventivo.</p> <p>2. Implementación de auditoría médica y rondas de seguridad en el TAB.</p> | <p>Según la entrevista efectuada al líder del proceso solo se cuenta con 2 ambulancias para la zona urbana y 2 para la zona rural (vegalaraga y san luis) los demás vehículos no se encuentra disponibles por daños mecánicos .Se recomienda elaborar los cronogramas de mantenimiento preventivo con el fin de mantener el parque automotor en buen estado y agilizar la compra de las dos ambulancias para la renovación del parque automotor.</p> |
| | 2- Fallas de recepción de pacientes referidos. | <p>1. Establecer en el procedimiento de referencia y contrareferencia la metodología de reporte de los casos a las entidades de vigilancia y control.</p> | |
| Vigilancia epidemiológica | No notificación eventos de salud pública por parte del personal médico. | <p>1. Falta de tiempo y de compromiso del personal médico en notificar el evento de salud pública.</p> <p>2. Falta de capacitación con el personal médico en el momento del ingreso a los servicios de la ESE.</p> | <p>En la revisión del software SIVIGILA se cargan los rips de la ESE semanalmente al SIANIEPS para realizar búsqueda activa institucional. Se generan archivos XLS transmisibles y no transmisibles. Se filtran los diagnósticos CIE10 y se cruzan con eventos de interés en salud pública. De acuerdo a los eventos encontrados se verifica historia clínica y que se encuentren reportados al SIVIGILA. Los que no aparecen notificados se hace el proceso de notificación. Remitiendo planes de mejora por parte de los jefes de zona. Se han realizado capacitaciones en eventos. Diariamente las auxiliares de apoyo al área de vigilancia epidemiológica por el software dinámica hacen revisión de rips generados en cada zona. Se realiza filtración de diagnósticos de eventos de intereses en salud pública. E la verificación los eventos encontrados se cruzan con el SIVIGILA revisando que hayan sido notificados. Los que no se avisa al responsable</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | para que genere las fichas de notificación. a través del "formato libro de fichas sin notificar" |
| | Definición del proceso para tratamientos de pacientes con Tuberculosis y Lepra | 1. Definición del procedimiento interno para manejo de pacientes con tuberculosis y lepra. 2. Socializarlo con el área de calidad para ser aprobado. | |
| | No hay medidas administrativas, ambientales, personales para aplicación de este programa | 1. Definición el programa de medidas administrativas, ambientales y personales aprobado por el área de calidad. 2. Seguimiento al cumplimiento de dichas medidas a través de capacitaciones y autocontrol | |
| Estrategias de Intervención comunitaria | Retraso en los procesos con relación al manejo de la dinámica y desconocimiento del procedimiento por parte de los facturadores | 1- Capacitación constante y de manera personalizada cuando ingresa un nuevo facturador. 2. Capacitación mensual al personal para el manejo de dinámica y procedimientos. 3. Recorrido semanal en los centros de salud para verificar aplicación de procedimientos. 4- Depuración mensual | Las acciones planteadas en el primer riesgo, el responsable es el coordinador de facturación. Sin embargo sigue la dificultad por la rotación del personal de facturación en la asignación de citas (modalidad médico, enfermería y grupal), en la medida que no conozcan el modelo de atención del programa de R.C. En el nuevo modelo de atención se ha dado la capacitación personalizada, comunicación interna tanto al coordinador de facturación como a los gestores desde el mes de agosto del 2015. Al personal asistencial ellos en el momento de la atención al usuario, cargan el código de facturación según la cita. Se continúan las acciones de capacitación por parte del Coordinador de facturación. Que no se agenda correctamente no se puede atender el paciente. Respecto a las acciones planteadas, se han realizado las |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | de la base de datos | capacitaciones grupales a los jefes bimensuales, y personalizadas a los médicos, igualmente se bloquean las agendas para capacitaciones con Secretaria de Salud, las EPS. Se cuentan con actas de asistencias. Con el cambio del modelo de atención se han realizados mayores capacitación de la actualización del modelo desde el mes de agosto del 2015. |
| | No clasificación del paciente una vez éste ingresa al programa. | 1. Capacitación al personal asistencial para que se adhieran a las guías y protocolos. 2. Reunión Bimensual con las Jefes para el manejo de los pacientes y las dificultades en las actividades grupales. 3. Socializar las guías o procedimientos con el grupo RCV ya sea en comités o de manera personalizada, esto último en virtud de las agendas que manejan los médicos | <p>• Falencia principal que se tienen en la clasificación del RCV en la historia clínica, actualmente se hace manual pero debería ser automatizado. El medico lo debe hacer manualmente, situación que a veces no se hace (campo queda en blanco). Requerimiento realizado por la Jefe de Coordinación de RCV. Realizado a la alta gerencia y el área de sistemas.</p> <p>Que el sistema calcule los siguientes datos: Clasificación: El dato estadístico de la atención, riesgo cardio vascular, tasa de filtración glomerular y estadio renal. Entre los controles que se tienen esta la auditoria trimestral que se realice si los médicos están cumpliendo con la clasificación del riesgo. Si la evaluación está por debajo de 80 se hace plan de mejora.</p> <p>Recomendaciones.</p> <p>1. Es importante se agilicen las acciones previo análisis de costo beneficio del requerimiento realizado por la Coordinadora de RCV a sistemas, que permita el software Dinámica gerencial. Net que calcule los siguientes datos en la historia clínica: Clasificación: El dato estadío de la atención, riesgo cardio vascular, tasa de filtración glomerular y estadio renal.</p> |
| | Retraso en el proceso de contratación | 1. Socializar con el área de contratación de la Institución la necesidad urgente de dar inicio a los convenios. 2. Capacitación de elaboración de los estudios previos, por cuanto también se devuelven porque se encuentran mal elaborados. | <p>2. Se recomienda se incluyan en los controles las auditorias trimestrales de historias clinicas, contenidas en la gestión administrativa de RCV</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | No cumplimiento de actividades de promoción y prevención con los diferentes contratos por EPS-S | Programación de actividades extramurales continuas con dos equipos móviles de brigadas (objeto inicial instituciones educativas); adquisición de recurso humano para la ejecución de metas en pyp | El contrato interadministrativo 1259 -ETV del 03-09-2014 , el personal se contrata a partir del (06-10-2014 al 31-12-2014), con el otrosi 001-2015 y un adicional inicio desde el (el personal se contrató a partir del mes de 15-01-2015 al 13-03-2015 15-01-2015 al 21-04-2015. El Contrato 871 PAI el cual inicio el 25-04-2014 El personal inicio desde el (12-06-2014 al 24-11-2014) y reinician el (29-01-2015 al 24-05-2015). Se observa que desde el inicio de los contratos, en la contratación tanto del personal, como de insumos se presentan demoras, situación que conlleva a devoluciones de dinero al Municipio, PAI (componente de personal, e insumos para el cuarto frio) y en ETV (componente de personal). Referente a las acciones planteadas de capacitaciones, se ha dado una capacitación a los interventores y supervisores. Referente a la accion de la socialización de la necesidad urgente de dar inicio a los convenios, es importante minimizar el intervalo de tiempos entre el contrato y la contratación tanto del personal como de los demás contratos derivados de la ejecución (mantenimientos, insumos, material operativo, entre otros). |
|--|---|---|--|

| | | | |
|--|---|--|---|
| | No se cuenta con la infraestructura adecuada para el desarrollo | 1. Reubicación del área de almacén. 2. Finalización construcción CAIMI | Actualmente se está en espera que el área de Almacén desocupe el Auditorio en la sede de Palmas, para permitir el trabajo con la comunidad relacionado a talleres, cursos de preparación para la maternidad y capacitación de personal. Se continúa con la dificultad del centro de salud de Eduardo Santos en lo relacionado a un espacio adecuado, para realizar las actividades grupales de educación y capacitación a los usuarios y al personal en general. En Granjas se pudo adecuar el espacio del parqueadero, con las limitaciones de infraestructura para que sea un auditorio. El Caimi aún está en obra. |
|--|---|--|---|

| | | | |
|--------------------------|--|--|---|
| | Ubicación de las auxiliares circulantes de enfermería de pyp | 1. Ubicación de las auxiliares circulantes en consultorio o sitio privado. | Ubicación adecuada en los centros de salud de Palmas, Siete de Agosto y Canaima, en los centros de salud con limitaciones IPC, Granjas y Eduardo Santos. Las limitaciones consistentes en privacidad y/o intimidad para el usuario, la usuaria no tiene espacio adecuado para recibir los resultados y la educación impartida por la circulante. |
| Apoyo terapéutico | 1- Pendiente de medicamentos | Implementar el sistema de auditoria integrado con la oficina de calidad | <ul style="list-style-type: none"> • Es de precisar que en el mes de marzo no se contó con el formato pendientes de medicamentos ADT-S4F4-V3 20/02/2014 en razón al proceso del nuevo proveedor. • Según informe del interventor Sr. Francisco Fernando Ardila en el contrato con el Sr. Jesús Alberto Achuri Gómez, en el periodo de noviembre del 2013 a febrero del 2014 se presentaron 241 pendientes de entrega, de los cuales el 38% es decir (92) productos fueron entregados después de las 24 horas. Ante los reiterados pendientes de entrega de medicamentos, en los meses de enero y febrero diariamente se hicieron auditorias de los pendientes y se reportó a la Gerencia, subgerencia, jefes de zona y calidad. Mensualmente se reportó a la Secretaria Municipal, se hicieron tres (3) audiencias con el proveedor y se realizaron compromisos. Según reporte suministrado por el regente interventor, en el mes de marzo del presente año se presentaron 8 pendientes de entrega de medicamentos los cuales fueron entregados dentro de las 24 horas. |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| Gestión del Talento humano | El área de talento humano debe ser garante de preservar los derechos de los trabajadores en materia de seguridad social, evitando posibles situaciones en las cuales el trabajador suscriba afiliaciones, traslados o retiros que no cuenten con el consentimiento del empleador. | El área de Talento Humano verificará semestralmente el estado de afiliación de todos sus trabajadores con las distintas EPS y Fondos de Pensiones. | Con el manejo de la planilla integrada- asopagos - se concilia con contabilidad mensualmente. Visado por ambos. Se evidencia dificultad en el traslado del personal a los diferentes fondos, situación que ha mejorado en los últimos dos años. Se concilia anualmente con las diferentes EPS y Fondos de Pensiones y ARL |
| | La administración debe ajustar sus plantas de personal de conformidad con las nuevas disposiciones de ley según las cuales el personal misional u operativo que cumpla labores permanentes debe ser vinculado a las plantas de personal | La institución está obligada a efectuar un estudio de carga laboral que determine las necesidades reales de personal frente a su oferta de servicios e infraestructura física, de tal forma que se dé cumplimiento a las últimas disposiciones legales en materia laboral. | La Entidad está en un proceso de contrato de consultoría 309 del 17-02-2014 Fundación Visión Salud cuyo objeto es estudio de viabilidad empresarial en los aspectos técnicos, administrativos, jurídicos, financieros y operativos que permitan el desempeño integral y desarrollo de la prestación de los servicios de salud en la ESE. La Ley 1429 julio del 2014 - formalización laboral. Planta de personal paralela - Se contrate las actividades misionales por contrato laboral y no por prestación de servicios- La decisión es discrecional. Lo que daría estabilidad laboral |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | El área de Talento Humano cuenta con 12 procedimientos a los cuales no se les da total cumplimiento. | Solicitar a la gerencia el personal de apoyo | Se fortalece el área de Talento con el profesional universitario- Psicólogo - (entrevista - pruebas psicotécnicas- inducción de plataforma estratégica), Responsable jurídico (Actos administrativos de vinculación y desvinculación, novedades de personal) Se observó la la historia laboral de María Alex Charry Ortiz , satisfactorio para nuestro objetivo |
| | Pese a que en los contratos se estipula la obligatoriedad de laborar 10 días después de la comunicación de la renuncia en muchos casos no cumplen con ello, lo cual debilita el proceso de selección y vinculación del nuevo personal. | 1. Reunirse con el asesor de contratación y analizar que sanciones de más impacto se pueden proponer a la gerencia para mejorar en esta debilidad que se presenta. | El área de contratación dispuso en los nuevos contratos consagrar en cláusulas especiales: una cláusula penal pecuniaria, una cláusula de suspensión temporal de contrato. Interpretación, modificación y terminación unilateral del contrato. Lo que implica mayor responsabilidad del contratista frente a las actividades contractuales a desarrollar. |
| | Baja cobertura de los procedimientos de este subproceso | Diseñar una estrategia que permita conjuntamente con los líderes de proceso brindar capacitaciones a la totalidad de los contratistas de la ESE. | Desde que se contrató la profesional universitaria - psicóloga en agosto del 2012 - Se inició la estructura - articulándose Técnico científico y convenios. El PIC no se le está dando la importancia que debe tener frente al proceso de formación sino al proceso de atención - refrigerio. Respecto a la proyección del 2015 - Es importante que haya más compromiso frente al tema de actas de asistencia por cada responsable de las respectivas capacitaciones de cada uno de los jefes PIC. Se ha estado dando cumplimiento con un indicador del 97%. - Desarrollo Institucional - Sin embargo es importante generar estrategias que permitan una adherencia al plan de capacitación para implementar el índice de cobertura. |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Poco seguimiento y control por parte de la oficina de Talento Humano a estos convenios. | <p>1. Solicitar a los líderes periódicamente las acciones adelantadas en materia de inducción, reinducción y capacitación.</p> <p>2. solicitar mensualmente a Calidad el reporte de fallas de calidad y eventos adversos o auditorios que involucren a estos practicantes.</p> | <p>Desde mayo del 2014 se inicia la contratación Jesús Alberto Casadiego, quien es el medico asesor de convenios docencia servicios - depende directamente del área técnico científico En asocio con Talento humano se organizaron las carpetas escuela universidad de acuerdo con el anexo 3 del decreto 153/2012 - Norma que regula la relación docencia servicios 2376/2010 Dentro de los componentes de esos convenios, se realizó la verificación de títulos de los docentes vinculados , verificación de los requisitos de vacunación y eps de los estudiantes, Dentro de los componentes de esos convenios, se realizó la verificación de títulos de los docentes vinculados , verificación de los requisitos de vacunación y eps de los estudiantes, a las universidades y las escuelas cumplimiento con la adquisición de las pólizas de responsabilidad civil y de riesgo biológico partir del mes de diciembre se implementa la encuesta de satisfacción del usuario de actividades derivados de la relación docencia servicios. Se organización las actas de asistencia del comité de docencia servicios. Se cuenta con una base de datos en la oficina de técnico científica de las diferentes escuelas que tienen convenio.</p> |
| Bienes y servicios - servicios administrativos | 1- Iniciar los procesos disciplinarios de acuerdo a las faltas que se reportan por los líderes de procesos. | <p>1. Solicitar mensualmente a los líderes de proceso las novedades en materia de control interno disciplinario.</p> <p>2. Solicitar mensualmente a Calidad el informe de fallas de calidad y eventos adversos en donde se involucre al personal de planta.</p> | <p>Se conformó el grupo formal de Control Interno Disciplinario - Se retomaron los comités existentes, avoco conocimientos de los procesos iniciados en la alcaldía, en la procuraduría regional y municipal, frente a la competencia que tiene con la creación del grupo formal.</p> <p>Frente a las quejas el comité de convivencia laboral realiza la depuración de algunas quejas con el fin de descongestionar y de acceder con soportes probatorios eficaces al momento de iniciar el proceso disciplinario.</p> <p>No aplica la evaluación de desempeño como control existente para administrar el riesgo. 85 empleados. El proceso disciplinario se inicia desde una queja. Que puede ser por un funcionario de oficio o por un tercero.</p> <p>Evaluación cuantas quejas ingresaron- cuantas quedaron en autos inhibitorios o se archivaron, cuantas iniciaron investigación disciplinaria y cuantas llegaron a pliego de cargos y en cuantas se profirieron sentencia; o se remite al comité de convivencia laboral para efectos de posibles soluciones a nivel interno- haciendo seguimiento a los mismos. Los términos en materia disciplinaria - prescriben y caducan- caducidad frente a los hechos una vez verificada la ocurrencia de los hechos no pueden</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | <p>pasar más de 5 años sin haberse iniciado el respectivo proceso. Porque la acción caduca. La prescripción frente ya iniciado el proceso disciplinario no puede pasar 5 años sin que se profiera decisión de fondo.</p> |
| | 2- Incumplimiento del proceso de revisión por zonas. | 1. Implementar el procedimiento y hacer seguimiento. | <p>Se sigue dando incumplimiento por parte de los jefes de zona. No se ha logrado el compromiso real frente a este proceso a pesar de que se ha buscado empoderamiento por parte de la alta gerencia. Se tiene un reporte de las rondas administrativas</p> |
| | 3-Deficiencias en la planeación de los programas de salud pública del municipio | 1. Para la negociación de los próximos contratos interadministrativos se exigirá el anexo técnico al momento de la suscripción del contrato. | <p>Se están solicitando los anexos respectivos de los contratos interadministrativos para la respectiva distribución de los recursos- en el área de presupuesto. Se presenta demora en el proceso de adquisición de insumos y/o bienes y servicios para su ejecución. tema contractual</p> |
| | 4-Demora en los CONFIS | 1. No suscribir el acta de inicio hasta no contar con los recursos. | <p>Se ha mejorado el proceso, porque la Junta Directiva de la ESE CEO, a través del Acuerdo No. 016 del 2013 el cual vence el 31-12-2014 se faculta que los convenios sean adicionados a través del CONFIS. El proceso administrativo se asigna No. de Resolución proyectada, se lleva a la Secretaría de Hacienda para la respectiva reunión del CONFIS.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>Resolución No. 010 Enero 13/2014 recursos convenio No. 0281 -Salud APS - CONFIS No. 02 enero 13/2014 - Acuerdo No. 02 - Febrero 14/2014 - crédito y contra crédito grupo personal - grupo operacional. - CONFIS No. 04 febrero 13/2014 -Acuerdo No. 05 - Abril 4/2014 - adición disponibilidad inicial - CONFIS No. 05 del 27/03/2014 -Resolución No. 118 de mayo 6/2014 adición recursos PAI adicional al convenio de APS - CONFIS No. 07 mayo 6/2014 -Resolución No. 184 del 25 junio/2014 adicionar convenio 909 contratar servicio ambulancia ESE - Adicionar convenio No. 908 PIC (Plan de Intervención Colectiva) - CONFIS No. 012 del 25/06/2014</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|---|---|---|
| Bienes y servicios (Contratación interadministrativa) | 1-Deficiencia en el cumplimiento de la planeación para la contratación de bienes y servicios. | <p>1. Analizar las causas, sus efectos y el impacto que se está generando en la prestación de los servicios de salud que brinda la ESE a sus usuarios con la intervención de los líderes de los procesos, interventores y responsables técnicos.</p> <p>2. Adoptar medidas preventivas tendientes a darle cumplimiento a la planeación en la contratación de Bienes y servicios que requiere la entidad durante una vigencia fiscal determinada.</p> <p>3. Adoptar políticas presupuestales para empresa que permitan la consecución y disponibilidad oportuna de los recursos.</p> | 1. la planeación se refleja en la adecuada formulación del plan de compras, que comprende los gasto asociados a la contratación de personal y los contratos de bienes y servicios se suscribieron en buena parte por toda la vigencia |
| | 2-Exigencias legalistas del estatuto de contratación para la selección de contratistas. | 1.Modificación de los acuerdos número 001 y 008 del 2008 | Se modificó el manual de contratación en el 2014 adoptando criterios de contratación privada para mayor celeridad en los procesos |

| | | | |
|------------------------------|--|---|---|
| | 3-Debilidades en la supervisión en los contratos de Bienes y servicios para la ESE Carmen Emilia Ospina. | <p>1. Capacitación en el procedimiento de interventoría de la totalidad de supervisores e interventores de la ESE.</p> <p>2. Seguimiento continuo a la labor del supervisor o interventor a través de las reuniones que celebra el comité técnico de la ESE.</p> <p>3. Exigir para el trámite de las cuentas y expedición del certificado de cumplimiento, la respectiva entrada de almacén de aquellos contratos que comporta el suministro de un bien o servicio.</p> | Se realizaron capacitaciones a los interventores por parte de la oficina de contratación y control interno, sobre la elaboración de estudios previos, regímenes de inhabilidades e incompatibilidades; se redujo ostensiblemente ese riesgo. |
| Bienes y servicios (almacén) | No se trabaja bajo el enfoque por procesos | | El riesgo se ha mitigado en cierta medida, pero los cambios continuos de personal y de políticas, las cuales no han sido plasmadas en los procedimientos hacen que se continúe con la falta de adherencia a los procedimientos. En la Intranet se observan que existen 14 procedimientos con vigencia desde: 2009 (2) , 2011 (11) y 2013 (1). |

| | | | |
|-------------|--|---|---|
| | Perdida de activos | | Dentro de las políticas administrativas planteada por la Administración para mitigar este riesgo, es la actualización de los inventarios y los responsables, lo que permitirá la asignación de responsabilidad y no tener un detrimento patrimonial. Proceso que se inició desde el mes de mayo hasta junio del 2014 y se reinició nuevamente en el mes de Marzo del 2015. El avance va en 70% según información de la Dra, Carmen Jaimine Mosquera C. Igualmente se deben plantear actividades tendientes a la toma de conciencia, responsabilidad, sentido de pertenencia y compromiso. |
| | Faltantes y Sobrantes de insumos | | Es un riesgo que se ha minimizado considerablemente si observamos el estadístico del último año, en el cual los faltantes por insumos son mínimos. Sin embargo es importante estar en constante inducción y reinducción del personal tanto asistencial como administrativo. Continuar con los arqueos semanales, quincenales y mensuales sorpresivos como controlados para la toma de pedidos. |
| SIAU | Dificultad del personal en herramientas tecnológicas | 1. Verificación del informe mensual. 2. Revisión periódica de los soportes (Libro de quejas, manifestaciones y archivo de encuestas realizadas,) | 1. Mensualmente la oficina lidera las capacitaciones según dificultades encontradas durante el mes; además antes de iniciar se realiza inducción en el manejo de agenda de citas. |
| | Bajo impacto en capacitación a cliente externo. | 1. la nueva estrategia que se tiene con los guías moderadores y con ello formatos de asistencia. Y volantes de información. | 2. la institución cuenta con una oficina de comunicaciones que sirven de apoyo para el área de SIAU en el manejo de intervención al usuario. Se cuentan con los guías moderadores por zonas para reforzar y resolver las inquietudes en los usuarios. Se continúa con las capacitaciones mensuales por zona a los usuarios a través de las auxiliares de SIAU. |
| | Bajo compromiso del personal | 1. se envían oficios cada tercer día después de las 72 horas previstas en el procedimiento. | 3. se realizan las notificaciones al personal con copia a control interno; sin embargo falta la notificación de incumplimiento hacia la subgerencia |

3.2. ACOMPAÑAR Y ASESORAR.

Las actividades han estado orientadas al acompañamiento técnico a la alta Dirección y demás funcionarios de la entidad, en la búsqueda permanente de soluciones a las limitaciones detectadas en las diferentes actividades de la empresa.

- Se hizo acompañamiento y asesoramiento a la gerencia durante los comités de rondas administrativas y comités de control interno.

- Así mismo se acompañó y oriento a los coordinadores de áreas con el fin de realizar correctivos y recomendaciones encontradas en el reporte de la información del 2193 de la vigencia 2015.

- Se participó como invitada a los (12) comités de calidad, y (2) de archivo, con el fin de brindar valor agregado desde el punto de vista de gestión de procesos, controles y riesgos.

- Se orientó y acompañó en la elaboración del plan de mejoramiento institucional según auditoria a la contratación de la vigencia 2013 realizada por la contraloría municipal, suscribiéndose dicho plan en la vigencia 2015.

- Se orientó y acompañó a (10) líderes de los procesos de bienes y servicios, intervención comunitaria, gestión talento humano, apoyo diagnóstico y terapéutico, sistema de referencia y contrareferencia, servicios ambulatorios, tecnología de la información y comunicaciones, gestión gerencial, vigilancia epidemiológica, y el procedimiento de anulación de facturas sobre la forma de elaborar y formular los planes de mejoramiento por procesos e individuales, generados por los procesos de auditoría interna.

- Se acompañó a la alta dirección en la rendición de cuentas de la vigencia 2014, realizada en la cámara de comercio el 22 de abril de 2015.

- Se orientó y se hizo acompañamiento a (7) procesos (servicios ambulatorios, talento humano, gestión gerencial, apoyo diagnóstico y terapéutico, intervención comunitaria y vigilancia epidemiológica, bienes y servicios) en el manejo de la matriz de administración de riesgos emitida por el DAFP, con el fin de mantener controles en la prevención del riesgo.

- Así mismo, se orientó al representante de la alta dirección y equipo MECI, en las acciones de actualización, continuidad y sostenibilidad del proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno.

- Se participó de los (5) cinco comités CICI realizados por la contraloría municipal, comité del cual hace parte la oficina de control interno de la ESE, en donde participan todos los sujetos de control por parte de la contraloría municipal.
- Se recomendó y oriento a la gerencia para el respectivo seguimiento a la implementación de los acuerdos de gestión en la institución.
- se realizó acompañamiento y asesoramiento a los (16) líderes de procesos para la actualización del nomograma institucional.
- se socializo y asesoro con base a la circular conjuntamente No 18 proceso de empalme para la entrega de información hacia la alcaldía municipal de Neiva.
- Se realizó acompañamiento en el proceso de inventarios de insumos efectuado en el mes de diciembre de 2015.

3.2.1 COMITÉS DE CONTROL INTERNO

El COMITÉ DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO, se encuentra creado mediante resolución 077 de 2010, se reglamentó el comité al más alto nivel para orientar la política en materia de control en la ESE CEO y hacer seguimiento y evaluación a las medidas y resultados obtenidos por la ESE CEO.

Con corte diciembre de 2015, se han programado doce (12) comités de coordinación de control interno de los cuales se realizaron el 100%, orientados en el actuar, seguimiento de auditorías integrales, acciones de mejora y monitoreo de controles. Adicionalmente se exponen acciones de mejora y recomendaciones a los procesos, fortalecimiento del control interno, identificación de riesgos a través de las auditorías internas.

3.3. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Comprende las actividades de evaluación objetiva e independiente que debe realizar la oficina de control interno sobre la gestión administrativa, financiera, de legalidad, operativa e informática de la entidad, a través de las cuales se establecen recomendaciones para que la alta dirección fije las acciones de mejora continua de la entidad. A este respecto, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Se realizó el informe de gestión de la vigencia 2015 el cual fue entregado a planeación el día 8 de enero de 2016.

-Se realizó y envió al DAFP el informe Ejecutivo Anual de Control Interno se entregó a la gerencia el 16 de febrero de 2015. (Se anexa certificación)

-Se realizó y envió el informe de control interno contable a la contaduría general de la nación, el día 27 de febrero de 2014.

-Semestralmente se realizó la evaluación a la gestión por dependencias, las cuales fue entregadas al área de talento humano como soporte para las evaluaciones de desempeño el día 26 de febrero de 2015 y el 13 de agosto de 2015.

-Se realizó y envió a la dirección nacional de derecho de autor el informe sobre la verificación, recomendaciones, seguimiento y resultado sobre el cumplimiento de las normas en materia de derecho de autor sobre programa de computador. (Software). Se entregó a la gerencia el día 12 de marzo de 2015.

-Se efectuó el seguimiento a los planes de mejoramiento del procedimiento de dispensación de medicamentos, a los procesos de gestión de bienes y servicios, tecnología de la información y comunicaciones, defensa judicial, servicios hospitalarios, talento humano,

-Se realizó seguimiento a la estrategia anticorrupción y atención al ciudadano. Se publicaron y entregaron tres (3) informes en la vigencia 2015:

Tercer Informe: Se presentó mediante comunicación interna de fecha 30 de Diciembre de 2015. (Septiembre a Diciembre)

Segundo Informe: Se presentó mediante comunicación interna de fecha 29 de Agosto de 2015. (Mayo a Agosto)

Primer Informe: Se presentó mediante comunicación interna de fecha 30 de Abril de 2015. (Febrero a abril)

Se efectuó el seguimiento al plan de mejoramiento de la auditoria gubernamental con enfoque integral modalidad regular a la empresa social del estado Carmen Emilia Ospina, vigencia fiscal 2013, el cual fue reportado el 13 de febrero de 2015 y el 18 de julio de 2015 a través de la plataforma SIA de la contraloría municipal de Neiva.

-Se cumplió con la presentación de los informes semestrales al servicio de información y atención al usuario, según art. 76 de la ley 1474 de 2011; en las siguientes fechas:

PERIODO ENERO A JUNIO DE 2015: El informe correspondiente a este periodo fue publicado en la página web de la entidad el 31 de julio de 2015.

PERIODO JULIO A DICIEMBRE DE 2014: El informe correspondiente a este periodo fue publicado en la página web de la entidad el 30 de Enero de 2015.

- Se efectuó el seguimiento al cumplimiento de los decreto 1737 y 1738 de austeridad del gasto público realizándose cuatro (4) informes de presentación trimestral en la vigencia 2014.

Primer Informe: Se presentó mediante comunicación interna de fecha 20 de Mayo de 2015. (Enero a Marzo)

Segundo Informe: Se presentó mediante comunicación interna de fecha 24 de Agosto de 2015. (Abril a Junio)

Tercer Informe: Se presentó mediante comunicación interna de fecha 11 de Noviembre de 2015. (Julio a Septiembre)

- Se cumplió con la presentación de los informes pormenorizados de control interno cuyo reporte es cuatrimestral la ley 1474 de 2011; se publicaron en la intranet tres (3) informes pormenorizados en los meses de abril, agosto y noviembre de 2015. Se han presentado a la alta gerencia y publicado en la página web de la entidad www.contraloriands.gov.co los informes pormenorizado del estado del control interno de esta departamental correspondiente a los siguientes periodos:

PERIODO JULIO A OCTUBRE DE 2015: El informe correspondiente a este periodo fue presentado el 26 de Noviembre de 2014 y publicado en la página web de la entidad www.esecarmenemiliaospina.gov.co.

PERIODO MARZO A JUNIO DE 2015: El informe correspondiente a este periodo fue presentado el 22 de Julio de 2015 y publicado en la página web de la entidad www.esecarmenemiliaospina.gov.co.

PERIODO NOVIEMBRE DE 2014 A FEBRERO DE 2015: El informe correspondiente a este periodo fue presentado el 26 de Marzo de 2015 y publicado en la página web de la entidad www.esecarmenemiliaospina.gov.co.

-Se realizó el 29 de agosto de 2014 seguimiento a los procesos judiciales publicados en la plataforma del SIHO.

-Se realizó el seguimiento jurídico del procedimiento a la cartera de 60 a 180 días, para los meses de agosto y septiembre

- Se efectuó del 2 al 5 de septiembre de 2014 a un arqueo de caja menor a las siete cajas en los diferentes centros de salud.

3.3.1. Evaluación del Modelo Estándar de Control Interno.

El proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2.005, al cierre del 31 de Diciembre de 2014, mostraba un indicador de madurez del 67.5%, con un grado de madurez satisfactorio: "La Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de Riesgos

es conocida y aplicada por todos los procesos. Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos. Para el 2013 el indicador de madurez se encuentra en un 75.65% que nos sitúa en un nivel satisfactorio; en donde el modelo de control interno se cumple, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de datos. Existe tendencia a mantener las mejoras a los procesos. La entidad ha identificado los riesgos para la mayoría de los procesos, pero no realiza una adecuada administración del riesgo. Está pendiente el reporte del informe anual MECI para la vigencia 2015 su plazo culmina el 28 de febrero de 2016.

Al cierre del 31 de Diciembre de 2015, los resultados del programa anual de auditorías donde participa la oficina de calidad y control interno de la ESE Carmen Emilia Ospina son los siguientes:

3.3.2 AUDITORIA INTERNA

Las auditorías realizadas a los diferentes procesos en la ESE CEO para la vigencia fiscal 2015, tienen un enfoque que mide el logro de los objetivos, con el fin de realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de la ESE, el cual se realizó a través de un programa de auditorías, que con corte de diciembre 31 del año 2015, alcanzo un cumplimiento del 100%, frente a un 86.1% para la vigencia 2014. El programa anual de auditorías es ejecutado por la oficina de control interno y de calidad. En cada una de las auditorías se encontraron hallazgos, que se socializaron con el dueño del proceso y se fijan acciones de mejoramiento que permitan presentar una mejora continua en la ejecución de los procesos y actividades desarrolladas por la ESE CEO.

Las auditorías programadas por la oficina de control interno para la vigencia 2015, fueron 16 frente a 15 realizadas con un cumplimiento del 106%, frente a una meta del 90%, con el cual se alcanzó la meta propuesta por la Oficina de Control interno de la ESE CEO, las cuales se enfocaron a los procesos de gestión financiera, tecnología de la información y comunicaciones, talento humano, gestión de bienes y servicios, apoyo diagnóstico, servicios ambulatorios, vigilancia epidemiológica, referencia y contrareferencia, gestión gerencial, intervención comunitaria y calidad. -igualmente se efectuaron auditorías internas a los subprocesos de servicios administrativos, infraestructura y equipos y contratación.

Se realizó auditoría especial al cumplimiento de las disposiciones normativas sobre las funciones que debe cumplir el comité de conciliación de la institución y las disposiciones normativas de las acciones de repetición; igualmente auditoría especial al procedimiento de anulación de facturas, al cumplimiento de la ley 1712 de 2014, y dispensación de medicamentos y manejo y administración de medicamentos.

3.4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL

Acciones orientadas a promover la puesta en práctica e interiorización por parte de los servidores de la entidad, de los valores, principios, políticas y objetivos institucionales, tendientes al fortalecimiento del compromiso de los funcionarios con la entidad, a través del conocimiento del Sistema de Control Interno.

- La oficina asesora de control interno implemento como acción de capacitación y asesoramiento los boletines internos de los cuales fueron publicados en la intranet doce (12) para la vigencia 2015, en temas como: SIMAD, procedimiento administrativo electrónico, estabilidad laboral reforzada, NIIF, sistema único de acreditación, manual de contratación, ley de transparencia, decreto 2484 de 2014, código de buen gobierno y ética, decreto 1443 de 2014, anualidad del contrato estatal, indicadores de gestión.

-La oficina capacito en MECI y los roles de las oficinas de control interno a los empleados de planta de la institución; además se capacito en mapa de procesos a los auxiliares de enfermería que hacen parte de la estrategia APS, se capacito al área de talento humano en SIGEP, en el decreto 2484 de 2014.

-Se capacito al área de tecnología de la información y comunicaciones en el decreto 2573 de 2014 y ley 1712 de 2014.

También se capacito a interventores y supervisores en temas de seguimiento contractual, tip's en contratación y estudios previos.

3.5. RELACIÓN CON LOS ENTES EXTERNOS.

Acciones orientadas a que la entidad de cumplimiento efectivo a sus obligaciones de suministro de información a las entidades de inspección, vigilancia y control y demás partes interesadas; así como de su gestión o rendición de cuenta de manera ágil y transparente.

- Al respecto, las acciones han estado encaminadas a realizar seguimiento y orientación permanente de los responsables del procesamiento y envío oportuno de la información institucional a los órganos de vigilancia y control, para que este se realice dentro del término de ley.

- La oficina de control interno coordino la presentación de los informes para la vigencia del año 2015, cumpliendo a cabalidad con el 100% de la presentación de los cuatro informes enviados a la plataforma SIHO cumpliendo con el decreto 2193 de 2004. (Se anexan reportes y certificación del ministerio de salud)

-La dependencia financiera realizó la presentación de la información enviada a la supersalud a través de la circular única cuyo reporte se realiza semestralmente; donde se presentaron dos informes uno reportado el 11/02/2015 y el otro reportado el 30/07/2015. (Se anexan reportes)



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT 813.005.265-7



Lina María Vásquez Díaz
Coordinadora de Control Interno