

**INFORME DE GESTION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2020**

Neiva

Contenido

1. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL.....	5
1.1. Auditorias programadas.....	5
1.2. Seguimiento a planes de mejora Internos	6
1.3. Seguimiento planes de mejora externos- Contraloría Municipal	7
1.3.1. Seguimiento a plan de mejora auditoria gubernamental modalidad especial-GRICMN.....	7
1.3.2. Seguimiento al plan de mejora Auditoria Gubernamental regular vigencia 2018	9
1.3.3. Seguimiento plan de mejora Auditoria SUPERSALUD.....	9
1.4. Otros Informes de Seguimientos	11
1.4.1. Evaluación y seguimiento al cargue de los documentos contractuales en la Plataforma SIA OBSERVA.....	11
1.4.2. Evaluación y Seguimiento Acciones de Repetición	12
2. ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN.....	12
2.1. Informes de Ley	12
2.1.1. Reporte del FURAG.....	13
2.1.2. Informe de evaluación del sistema de control Interno	15
2.2. Otras Actividades Con Enfoque A La Prevención.....	16
2.2.1. Medición del indicador de la OCI	16
2.2.2. Seguimiento al reporte de informes de Ley según Normograma Institucional.	17
2.2.3. Acompañamiento Inventarios de insumos y suministros.....	19
2.2.4. Fomento de la Cultura de Autocontrol	19
2.2.5. Asistir a los Comités en que se requiera acompañamiento y/o asesoría de la OCI según la naturaleza de sus funciones.....	20
2.2.6. Comité Institucional de Control Interno	20
2.2.7. Comité Municipal de Auditoría o Comité Interinstitucional de Control Interno (CICI).....	20
2.2.8. Actualización de proceso de Control Interno	20
3. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGO	21
3.1. Mapa de Riesgo Por Procesos.....	21
3.2. Seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano y seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción.....	22



CONSULTORIAS INTEGRALES S.A.S

4. LIDERAZGO ESTRATEGICO.....	24
5. RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL	24
5.1. Auditoria AUDIBAL	24
5.2. Auditoria Gubernamental Modalidad regular vigencia fiscal 2019.	25
5.3. Visita de Inspección y vigilancia por la Supersalud	27

La Oficina de Control Interno (OCI) contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de Administración del Riesgo, Control y Gestión de la ESE Carme Emilia Ospina, 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, enmarca todas sus actividades en las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 para las Oficinas de Control Interno en la asesoraría, evaluación y acompañamiento a las áreas así como en el mejoramiento continuo para el cumplimiento de la misión institucional; por otra parte 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 el decreto 648 del 2017 el cual modifico los roles de las Oficinas de Control Interno, emitida por el Departamento Administrativo de la Gestión Pública. Bajo esta normatividad se da a conocer la gestión realizada en el año 2020 relacionada con los 5 roles:

- **Liderazgo Estratégico:** convertirse en un soporte estratégico para la toma de decisiones del nominador y del representante legal, agregando valor de manera independiente, mediante la presentación de informes, manejo de información estratégica y alertas oportunas ante cambios actuales o potenciales que puedan retardar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.
- **Enfoque Hacia la Prevención:** brindar un valor agregado a la organización mediante la asesoría permanente, la formulación de recomendaciones con alcance preventivo y la ejecución de acciones de fomento de la cultura del control, que le sirvan a la entidad para la toma de decisiones oportunas frente al quehacer institucional y la mejora continua.
- **Relación con Entes Externos de Control:** servir como puente entre los entes externos de control y la entidad con el fin de facilitar el flujo de información con dichos organismos.
- **Evaluación de la Gestión del Riesgo:** proporcionar como tercera línea de defensa, un aseguramiento objetivo a la Alta Dirección (línea estratégica) sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la entidad para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos estén adecuadamente definidos y sean gestionados apropiadamente y que el sistema de control interno está siendo operado efectivamente.
- **Evaluación y Seguimiento:** desarrollar una actividad de evaluación de manera planeada, documentada, organizada, y sistemática, con respecto a las metas estratégicas, resultados, políticas, planes, programas, proyectos, procesos, indicadores, y riesgos, que la entidad ha definido para el cumplimiento de su misión,

en el marco del Sistema de Control Interno. Es importante resaltar que este rol debe desarrollarse de manera objetiva e independiente.

1. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

1.1. Auditorías programadas

Para la vigencia del 2020 se programaron 9 auditorías, que se encuentra plasmadas en nuestro plan de acción de la vigencia, aprobado por el comité Institucional de control Interno el 27 de enero del 2020 y posteriormente publicado en la página WEB de la ESE CEO el 28 de enero de la vigencia.

PLAN DE ACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO - VIGENCIA 2020

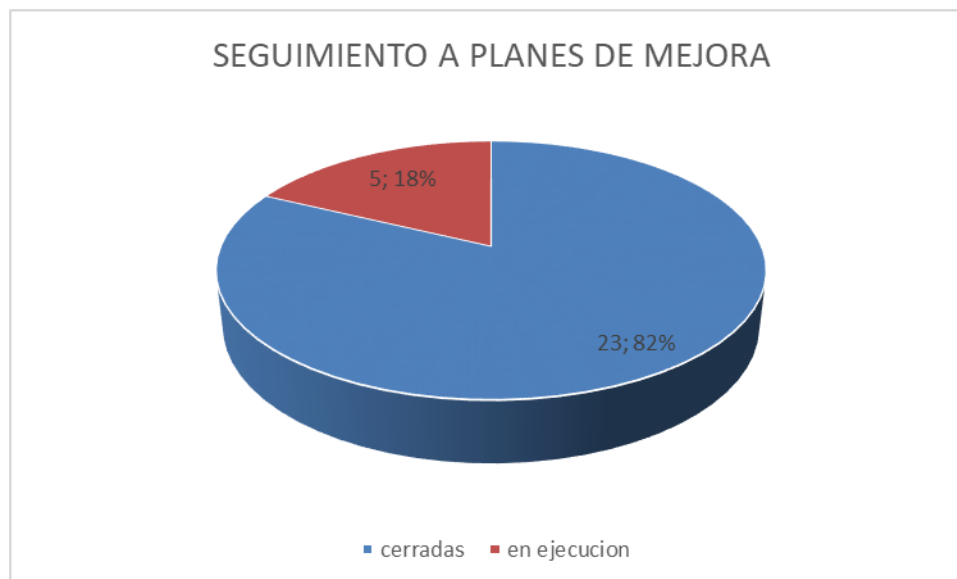
FECHA DE APROBACION	27 DE ENERO DEL 2020	Nombre de la Entidad	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
OBJETIVO DEL PLAN	Apoyar a la Alta Dirección por medio de la realización de auditorías, seguimientos, evaluaciones, asesorías y la coordinación o atención a requerimientos de entes de control externo; con el fin de facilitar la toma de decisiones y formulación de acciones (frente a las desviaciones detectadas) orientadas al fortalecimiento, desarrollo y mejora continua de los procesos y en general del Sistema de Control Interno, como herramientas de apoyo gerencial que soportan el seguimiento sobre la gestión pública y el cumplimiento de objetivos, metas y obligaciones institucionales; promoviendo adicionalmente entre los colaboradores la cultura de control y autoevaluación.		

ROLES OCI	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
					Programad	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programad	Ejecutado	Programad	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programad	Ejecutado
PLAN ANUAL DE AUDITORIAS		Auditoria al Procedimiento a Defensa Judicial- vigencia 2019	N.A	Auditor Juridico					1	1																		
		Auditoria al procedimiento de Caja Menor	N.A	Auditor Contable							1	1																
		Auditoria a subproceso de Contabilidad	N.A	Auditoria Contable														1	1									
		Auditoria al Subproceso de Sistema de Informaticos	N.A	Auditor Ing. Industrial									1	1	1	1	1	1										
		Auditoria a los procedimientos GE-S3P4- Asesoracion Pagina WEB y GE-S3P5 Asesoracion Carreteras Cooperativas Fisicas y Digitales	N.A	Auditor Ing. Industrial												1	1	1	1									
		GBS-S1-P8-V3 Contratacion Directa de Bienes y servicios	N.A	Auditor Juridico															1	1								
		Auditoria al procedimiento SOA-S2-P8 Gestion de Residuos Hospitalarios	N.A	Auditor Ing. Industrial																			1	1				
		Auditoria a Comites Institucionales	N.A	Auditor Juridico																					1	1		
		Auditoria especial contratacion-covid19		Auditor Juridico							1	1																

De acuerdo con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría para la vigencia se dio cumplimiento al 100% de lo planeado, pero es de aclarar que debido a la pandemia las auditoras se extendieron en tiempo para poder dar cumplimiento a las mismas.

1.2. Seguimiento a planes de mejora Internos

SEGUIMIENTOS DE AUDITORIAS DE LA VIGENCIA 2019		
UNIDAD AUDITADA	TOTAL ACCIONES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Seguimiento al plan de mejora del Subproceso facturación periodo IV Trimestre de 2018	1	100%
Seguimiento al Plan de mejora del Subproceso costos vigencia 2018	1	100%
Seguimiento al plan de mejora del Subproceso presupuesto II Semestre 2018	1	100%
Programas de Almacén, Contabilidad, Proceso Activos Fijos vigencia 2018 y primer semestre 2019	1	100%
Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Desarrollo Institucional	3	100%
Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Servicios Administrativos	1	100%
Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Servicios Administrativos Infraestructura y equipo	1	100%
Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Gestion de la Calidad	3	100%
Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Gestion Documental Vig.2018	2	100%
Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Comunicaciones vig. 2019	1	100%
Seguimiento al plan de mejora del subproceso del Programas de Extencion	2	100%
Seguimiento al plan de mejora de suproceso de Contratacion- Liquidacion coantrato Vig- 2015 -2016	1	100%
Seguimiento al plan de mejora de Informes de Ley- pyp	1	100%
Seguimiento al Plan de mejora del subproceso de Control interno Disciplinario	2	100%
Seguimiento al Plan de mejora del subproceso de Planeacion	2	100%
Seguimiento al Plan de mejora de la Auditoria especial al CTO 489/19- Discolmedica	11	100%
Seguimiento plan de mejora a cargue de insumos al sistema por parte del personal de enfermeria	1	100%
Seguimiento al Plan de mejora de la Auditoria especial al CTO 488/19- Coomotor	9	90%
Seguimiento al Plan de mejora de Comites Intitucionales- Vig. 2019	9	90%
SEGUIMIENTOS DE AUDITORIAS DE LA VIGENCIA 2020		
Seguimiento plan de mejora auditoria a caja menor	8	100%
Seguimiento plan de mejora a la auditoria especial a Gestion documental- vig 2020	11	90%
Seguimiento plan de mejora subprocesos sistemas informaticos	11	85%
Seguimiento plan de mejora a la Auditoria al los procedimientos GE-S3-P4- Atualizacion Pagina WEB y GE-S3-P5 Atualizacion cartelera Cooperativas Fisicas y Digitales	10	80%



Como resultado del seguimiento realizado a los planes de mejoramiento correspondientes a las Auditorías realizadas durante las vigencias 2019 y 2020, se observa el total de acciones que se le realizaron seguimiento por auditoria y el nivel de cumplimiento alcanzado a diciembre del 2020.

Se concluye, que se cerraron 23 planes de mejora por cumplimiento de sus acciones y 5 planes de mejora quedaron para seguimiento para la vigencia 2021, además están pendientes los planes de mejora de las Auditorias de Gestión de residuos hospitalarios, auditoria a contratación de bienes y servicios vigencia 2020, auditoria Comités Institucionales y Auditoria a Contabilidad.

1.3. Seguimiento planes de mejora externos- Contraloría Municipal

1.3.1. Seguimiento a plan de mejora auditoria gubernamental modalidad especial-GRICMN.

Se realizó seguimiento a plan de mejora GRICMN suscrito con la Contraloría Municipal de Neiva, el cual quedaron 9 acciones de mejora, dando un 100% de cumplimiento.

1.3.2. Seguimiento al plan de mejora Auditoria Gubernamental regular vigencia 2018

Se realizó el seguimiento del plan de mejora el cual se suscribieron 28 acciones con las áreas de contratación, talento humano, tesorería, subgerencia, técnico científico, donde se cumplió con las metas establecidas, pero al realizar la revisión del plan de mejora la contraloría deja dos (2) acciones como no cumplidas, argumentando que no hay concordancia entre las acciones y las metas establecidas, por este motivo queda con un porcentaje de cumplimiento 86.7%, trasladando las dos acciones para cumplimiento para la vigencia del 2021.

Texto tomado del Informe de la Auditoria Modalidad Regula Vigencia 2019 de la Contraloría Municipal:

El Plan de Mejoramiento de la Auditoria Gubernamental Modalidad Regular a la gestión fiscal de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina de Neiva Vigencia 2018 suscrito el 20 de Agosto de 2019, constituido con 28 Acciones de mejora, como resultado del seguimiento y evaluación realizado, se determinó que de las 28 Acciones de Mejora que hacen parte del Plan de Mejoramiento, a 26 se le asignó calificación de dos (2) puntos como cumplidas, equivalente a un 92,85% y dos acciones con calificación de cero (0) equivalente al 7,15%, que, corresponde a los hallazgos numero 4 c) y 19 a) de la Auditoria Gubernamental Modalidad Regular de la Vigencia 2018.

De acuerdo con el porcentaje establecido por la Resolución No. 0171 del 10 de diciembre de 2018, cuando se logra un porcentaje superior al 80% se entiende que el Plan de Mejoramiento cumple, verificando el porcentaje obtenido de la Matriz de Calificación de la Gestión Fiscal este es 86,7%, se califica el Plan de Mejoramiento como CUMPLIDO.

1.3.3. Seguimiento plan de mejora Auditoria SUPERSALUD

Se realizó el seguimiento del plan de mejora el cual se suscribieron 3 acciones con las áreas de Talento humano, tesorería y Salud Ocupacional, donde los lideres cumplieron con las acciones dando un cumplimiento del 100% de las misma, al ser revisadas por la Supersalud dio para el cierre del expediente como lo informa en el oficio Rad. 202090501395861 del 10 de noviembre del 2020.

	PROGRESO	AUDITORIA A LOS SUJETOS VIGILADOS		CÓDIGO	AF101
	FORMATO	FECHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO		VERSION	2

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN: ESE CARMEN EMILIA OSPINA NIT: 813.005.265-7

AUTO DE VISITA No. (SI
NO) 130

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: 17/07/2020

FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: 30/10/2020

COMPONENTE (Institución)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUE?	¿CÓMO?	PLAN DE MEJORAMIENTO				EVALUACIÓN ESE CIO		EVALUACIÓN SIS	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable de la Acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	EVIDENCIAS	% DE CUMPLIMIENTO	CONSIDERACIONES SIS
ADMINISTRATIVO	La ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva, con corte al 26 mayo de 2020. No realiza de manera oportuna los aportes al sistema general de riesgos laborales del personal contratado vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Realizar mensualmente dentro de los 5 días siguientes, los aportes correspondientes al pago de los aportes al sistema de riesgos laborales al personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Transferir oportunamente dentro de los cinco días siguientes, la documentación necesaria para el pago de los aportes al sistema de riesgos laborales al personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Ciclo de pagos y verificación de pago	100%	RODO CORREA LÓPEZ Coronador Profesional Especializado Trabajo Humano	1/07/2020	30/10/2020	Se observa que el área de Trabajo Humano, envía oportunamente dentro los 5 calendario de los meses de agosto, septiembre y octubre según resolución para el pago de riesgos Laborales. Evidencias: 1 Resolución No. 364 del 03 de agosto del 2020 2 Resolución No.410 del 31 de agosto del 2020 3 Resolución 506 del 01 de octubre del 2020	100%	
		Realizar mensualmente el pago oportuno de los aportes al sistema de riesgos laborales al personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Pagar oportunamente dentro de los cinco días siguientes para la Agencia 2020 de cada mes, los aportes al sistema de riesgos laborales al personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Comprobantes de pago al sistema de riesgos laborales	100%	GLORIA ESPERANZA REYES SILVA Técnica General	1/07/2020	30/10/2020	Se observa que el área de Recursos Humanos, oportuna mente el pago a el sistema de riesgos laborales al personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5. Evidencias: 1 Comprobante de agrosos No. 000010418 de fecha 05/08/2020 2 Comprobante de agrosos No. 000010418 de fecha 05/08/2020 3 Comprobante de agrosos No. 000010418 de fecha 05/08/2020 4 Período del mes de julio-20 5 Período del mes de agosto-20 6 Período del mes de septiembre-20	100%	
SISTEMA DE SEGURO SALUD EN EL TRABAJO	La ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva, con obligaciones de contratar no realiza el reporte a la ARL con el detalle del evento de la totalidad de los trabajadores que presentaron infección como confirmada de COVID 19	Reportar a la ARL con el detalle del evento de la totalidad de los trabajadores que presentaron infección como confirmada de COVID 19, de forma oportuna, dentro de los 5 días siguientes al evento de la totalidad de los trabajadores que presentaron infección como confirmada de COVID 19 en la ciudad de Neiva, en el departamento de Huila y ordenado por el Ministerio de Salud y protección social.	Una vez se conozca el caso confirmado de COVID 19 del trabajador, se reportará a la ARL, dentro del evento y de forma inmediata, como la infección por COVID 19, para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-CoV (COVID-19) al personal 7.3.1 en Colombia (Ministerio de Salud y protección social).	Formatos de reporte y notificación a la ARL.	100%	MARTHA LLIANA ROSALES GÓMEZ Coordinadora Apoyo Salud Ocupacional	1/07/2020	30/10/2020	Continúa el seguimiento realizado de los meses de julio agosto y septiembre. Se observa que se ha realizado el reporte a las ARL de los casos y cinco (5) casos confirmados de COVID-19, teniendo, reportes enviados a la oportunidad en el reporte. Evidencias: 1 Excel de los casos confirmados de covid de julio a septiembre del 2020 2 Formato de reporte a las ARL.	100%	

Firma del Representante Legal
Nombre: JOSE ANTONIO MUÑOZ PAEZ

Oficio Supersalud



Supersalud

Neiva, 10 de noviembre de 2020.

DOCTOR
JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ
ESE CARMEN EMILIA OSPINA
CR 22 26 19
8631818 EXT 6587
Huila
Neiva

Asunto: Aprobación evidencias plan de mejoramiento y cierre de expediente
Visita inspectiva según Auto 00159 del 22 de mayo

Referencia: 2020B2305112472

Respetado Doctor Muñoz:

La Superintendencia Nacional de Salud acusa recibo de su comunicación radicada con NURC referenciado 2020B2305112472, en la cual remite las evidencias de cumplimiento de las acciones planteadas en el plan de mejoramiento suscrito mediante NURC 1-2020-377044 y aprobado con NURC 2-2020-96735, resultado de la visita de inspección realizada a la ESE CARMEN EMILIA OSPINA en la ciudad de Neiva en el departamento de Huila y ordenado mediante el Auto de Visita No. 000190 del 23 de mayo de 2020, del Despacho de Supervisión Institucional.

Según el particular, le informamos que después de revisar las evidencias documentales aportadas, la Coordinación del Grupo de Trabajo de la Regional Sur de la Superintendencia Nacional de Salud, considera que dichas evidencias sustentan los hallazgos descritos en el informe y en consecuencia cierra el expediente de la visita inspectiva; sin perjuicio de

Para: ESE CARMEN EMILIA OSPINA
Carrera 53 A # 34-29-10, Tercer piso - Pisos 4, 9 y 10
P.O. Box 15751 944 3000 - Bogotá
www.supersalud.gov.co

Supersalud

poder este organismo de control, en cualquier momento, solicitar los pagos de los aportes al sistema de riesgos profesionales de los contratistas con clasificación riesgo 5. (Resaltados dentro texto)
Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
Marisol Malaret Parra Rizo

Marisol Malaret Parra Rizo
Coordinadora Grupo de Trabajo Regional Sur
Especialista: Gloria Ramirez Uscoch

1.4. Otros Informes de Seguimientos

La oficina de control Interno adelanto seguimientos una serie de subactividades con el objeto de verificar el cumplimiento normativo:

1.4.1. Evaluación y seguimiento al cargue de los documentos contractuales en la Plataforma SIA OBSERVA.

Para la vigencia 2020 se realizaron 3 seguimientos al cargue de los contratos y sus anexos a la plataforma de SIA OBSERVA, encontrando falencias en el cargue de la información de la vigencia 2019 y 2020, informes que fueron entregados a Gerencia y al área de Contratación, y socializado en el comité de septiembre del 2020, generando recomendaciones y a la vez con el líder de contratación formulando compromisos para el cumplimiento de ley.

Recomendaciones

1. Dar prioridad a la liquidación de los contratos de la vigencia 2019, de esta forma cumplimos con la obligación de liquidar los contratos, liberamos presupuesto y contamos con el documento para ser cargado a la plataforma.
2. Para la vigencia del 2020, es necesario que la persona encargada de la actividad se enfoque a cargar los documentos faltantes mes a mes y de forma consecutiva, es decir empiece con el mes de enero con el contrato No. 1 hasta culminar el cargue de todos los anexos y así sucesivamente.
3. Se carguen los documentos conforme lo solicita el ítem, es decir si solicitan facturas o cuentas de cobro se suban dichos documentos y no otros.
4. Que el líder del área de contratación como primera línea de defensa, audite de forma mensual el cargue de los documentos, bajando de la plataforma SIA OBSERVA los avances, de esta forma le facilita al cierre de la vigencia tener un mayor control y dar cumplimiento.

1.4.2. Evaluación y Seguimiento Acciones de Repetición

Se observó que la ESE Carmen Emilia Ospina, ejerce la Acción de Repetición en un plazo no superior a los seis (6) meses siguientes al pago total o al pago de la última cuota como consecuencia de una condena, conciliación o cualquier otra forma de solución de un conflicto permitido por la ley.

Se generaron las siguientes recomendaciones:

- Es necesario que el Comité de Conciliación y Defensa Judicial, sea más riguroso en lo siguiente:
 - En un término no superior a cuatro (4) meses se adopte la decisión motivada de iniciar o no el proceso de repetición. Lo anterior de conformidad a lo establecido al artículo 3 del Decreto 1167 de 2016.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el estudio y decisión que adoptó el Comité de conciliación en el proceso contra Reinelia Alvira, Rad. 4100113333003-20200004300, se realizó posterior a los cuatro meses; sin embargo la fecha de radicación de la demanda no superó el plazo establecido en la Ley 768 de 2001, artículo 8º.

2. ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN

2.1. Informes de Ley

El programa Anual de Auditoría también incluye la programación que, de acuerdo con la normativa, relacionada con la obligatoriedad de la OCI frente al reporte informes de ley y seguimiento que deben ser emitidos de acuerdo con las periodicidades y las fechas establecidas por los entes de control, relaciono los informes presentados en la vigencia 2020:

OBJETIVO	ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
				Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado	Programa	Ejecutado
INFORMES DE LEY	Informe de gestión del Área de Control Interno vigencia 2019	anual	Auditora Líder	1	1																						
	Diligenciamiento del FURAG (Formulario único de avances de la Gestión) - Se reporta el informe ejecutivo anual sobre el avance del SIC. Ley 87 de 1993	anual	Auditora Líder			1	1																				
	Informe de control interno contable. Resolución 103 del 2016 (28 de febrero)	anual	Auditora contable			1	1																				
	Elaboración del informe de sustentación y eficiencia en el gasto. Decreto 1737 de 1998 y Decreto 0864 del 14 de mayo de 2012 (Plazo hasta el último día del mes)	trimestral	Auditora contable			1	1					1	1					1	1					1	1		
	Elaboración del informe pormenorizado cuatrimestral de control interno. Ley 1474 de 2011 (12 julio, 12 noviembre, 12 marzo) Evaluación independiente del sistema de control interno (Informe que reemplaza el pormenorizado y su presentación es semestral)	Semestral	Auditora Líder														1	1									
	Informe sobre verificación, recomendaciones, seguimiento y resultados sobre el cumplimiento de las normas en materia de derecho de autor sobre SOFTWARE-SIAFP Directiva presidencial No 02 de 2002. Circular 12 del 2 de febrero de 2007. Circular No 17 de 2011. LEY 1712 DEL 2014	anual	Auditora Líder					1	1																		
	Elaboración informe semestral de la oficina de SIAU. Ley 1474 de 2011	semestral	Auditora Líder y Auditor Ing. Industrial	1	1												1	1									
Registro de avances Control interno en plataforma SIA MISIONAL - Formato F-23 - Planes de Mejora Controlador Municipal de Neiva - Formato F-35 - Evaluación y seguimientos	anual y semestral	TODO EL EQUIPO AUDITOR			1	1										1	1										

Se dio un cumplimiento del 100% de los informes de Ley, con excepción del Informe de verificación, recomendaciones, seguimiento y resultados sobre el cumplimiento de las normas en materia de derecho de autor sobre SOFTWARE, que se cargó el 24, de marzo del 2020, siendo el plazo el día 20 de marzo, al verificar con la líder de Área de TIC encargada de subir la información, argumenta que la plataforma presento problemas, igualmente la plataforma se encontraba activa debido a que nos encontrábamos en aislamiento obligatorio por el COVID19.

2.1.1. Reporte del FURAG

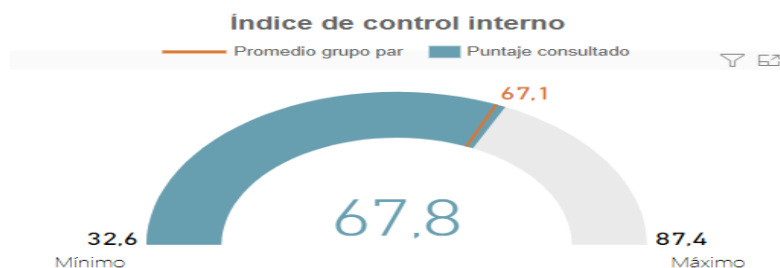
El Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) es una herramienta en línea de reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales y sectoriales.

Para el año 2020 la Oficina de Control Interno realizo nuevamente el diligenciamiento del FURAG.

A continuación, los resultados de la séptima dimensión del MIPG denominada Control interno para el año 2019:



I. Resultados generales



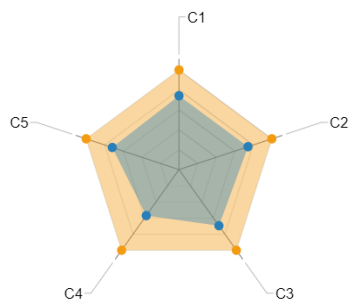
Nota 1: El promedio del grupo par sólo aparece para consultas por entidad.

Nota 2: Para las consultas por entidad el mínimo y máximo corresponden al puntaje mínimo y máximo del grupo par, para las demás consultas corresponden al puntaje mínimo y máximo general.



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	72,6	98,00
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	72,8	98,00
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	68,2	98,00
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	55,9	98,00
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	70,4	98,00

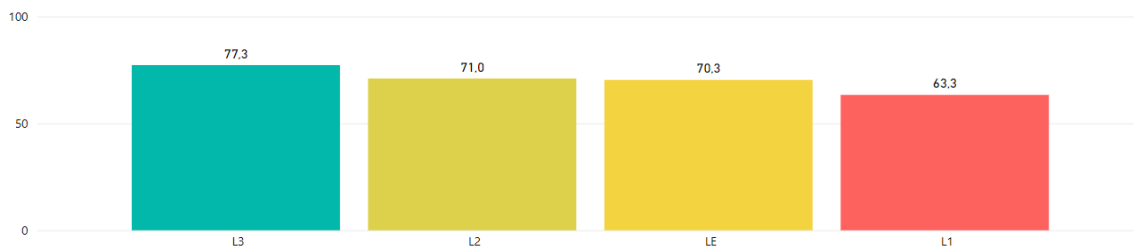
Nota1: Para las consultas por entidad el puntaje máximo corresponde al puntaje máximo del grupo par, para las demás consultas corresponde al puntaje máximo general.

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

Activar Windows



III. Índices de desempeño de las líneas de defensa



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.

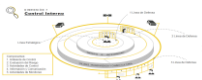
Id índice	Descripción
LE	CONTROL INTERNO: Línea Estratégica
L1	CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa
L2	CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa
L3	CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiMTZiZDU5MTQzMjNjNi00OTczLTg0ZjktMzRkNTkyYzgzODdkliwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9.>

2.1.2. Informe de evaluación del sistema de control Interno

Informe que se presenta por primera vez en esta vigencia, donde muestra el porcentaje de avance del sistema de control interno, bajo el esquema de la séptima dimensión del MIPG.

Nombre de la Entidad:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA				
Periodo Evaluado:		ENERO A JUNIO DEL 2020				
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad			65%	
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
¿Están todos los componentes operando dentro y en armonía con el MIPG? (Justifique su respuesta)	En proceso	La evaluación independiente del Estado del Sistema de Control Interno de la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, correspondiente al primer semestre de la vigencia del 2020 y de acuerdo con los lineamientos que inspiró el Departamento Administrativo de la Función Pública, arrojó un nivel de operatividad de los componentes del 65%, se considera que se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva. Se evidencia que los componentes se encuentran operando de manera integrada con mejoras pendientes, pero esto se debe a la articulación del sistema de control interno con el Modelo Integral de Planeación y gestión-MIPG.				
¿Se evidencian en esencia los controles internos para los objetivos evaluados? (Justifique su respuesta)	Si	Se considera que una vez evaluado el sistema de control interno de la ESE Carmen Emilia Ospina, este es efectivo, ya que se encuentra funcionando, aporta seguridad razonable acerca de las políticas, procesos, tareas, comportamientos y demás aspectos para el buen funcionamiento de la Entidad, además este articulado con el MIPG, realiza los seguimientos a riesgos, realiza actividades de control conforme a las líneas de defensa.				
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una independencia funcional de auditoría que le permita la emisión de conclusiones sobre el control interno (Justifique su respuesta)	Si	La ESE Carmen Emilia Ospina, tiene definido las tres líneas de defensa que facilita la toma de decisiones frente a los controles existentes. La implementación integral de las políticas de gestión y desempeño contenidas en MIPG, le permitirá a la entidad fortalecer su estructura para la gestión y adecuada operación, con el establecimiento de controles y con el funcionamiento del Modelo Estándar de Control interno-MECI, y a través de sus 5 componentes permitirá a la entidad establecer la efectividad de los controles diseñados desde la estructura del MIPG.				
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual, Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	63%	FORTALEZAS: El área de talento Humano cuenta con un equipo interdisciplinario, que tiene buena disponibilidad para el cambio. Se cuenta con el código de integridad pendiente de su implementación. Cuenta con procesos y procedimientos bien articulados para el manejo del personal desde su ingreso hasta su retiro. DEBILIDADES: falta el mecanismo para el manejo de conflictos de interés. Falta el que se establezca una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. Fortalecer las líneas de defensa a través de capacitaciones. Fortalecer el Plan Institucional de Capacitación - PIC y evaluar el impacto del mismo.	1%		62%
Evaluación de riesgos	Si	62%	FORTALEZAS: Se cuenta con políticas para la evaluación del riesgo, pendientes de su actualización conforme a lo establecido por la función pública. Se realizan seguimiento al riesgo por procesos y a los de corrupción de forma cuatrimestral y anual. La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad. DEBILIDADES: Actualización de las políticas de riesgo, actualización del riesgo por proceso, actualización del mapa de riesgo. Falta establecer metodología para la administración del riesgo como lo recomienda la guía de administración de riesgo de la función pública.	1%		61%
Actividades de control	Si	71%	FORTALEZAS: La entidad cuenta con una adecuada división de las funciones y que estas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación. La entidad cuenta con el sistema de calidad que evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otros herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control. DEBILIDADES: fortalecimiento de la adecuada articulación con el sistema de garantía de la calidad en salud, para una integración adecuada a la estructura de control de la entidad. Fortalecimiento en los diseños y actualización de controles frente a la gestión de riesgo.	21%		50%
Información y comunicación	Si	57%	FORTALEZAS: La entidad cuenta con diversos canales de comunicación que facilitan la comunicación interna y externa. La entidad cuenta con procesos o procedimiento para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién le envía), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y le responde). Se cuenta con el sistema de información y atención al ciudadano como mecanismo de participación ciudadana. Se evalúa periódicamente la percepción que tiene los usuarios frente a los servicios prestados. DEBILIDADES: Falta de políticas para la seguridad de la información. Se encuentra desactualizado los procedimientos del subproceso sistema informático. La ESE CEO cuenta con canales para que usuarios interpongan PQR, pero falta la actualización para los canales autónomos. La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de la forma que se puedan mejorar. Falta de análisis periódicamente de la caracterización de los usuarios o grupos de valor, a fin de establecer procesos y procedimientos cuando sea pertinente.	10%		47%
Monitoreo	Si	75%	FORTALEZAS: Se cuenta con un grupo interdisciplinario de auditores que conforma la oficina de control interno. Se cuenta con resolución de conformación del comité de coordinación de control interno. Se cuenta con plan anual de auditorías que se encuentra dentro del plan de acción de la oficina de control interno debidamente publicado en la WEB de la ESE CEO. Se da cumplimiento al plan de acción, realizando las auditorías programadas y seguimientos a planes de mejora. DEBILIDADES: La entidad no cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo o las deficiencias en sus actividades. Fortalecimiento en los monitoreos y evaluaciones a los servicios tercerizados acorde a su nivel de riesgo. Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan y se concluye sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción.	5%		70%

<https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/2014-12-16-22-03-21/2014-12-17-17-26-01/category/355-informe-de-gestion-control-interno>

2.2. Otras Actividades Con Enfoque A La Prevención

2.2.1. Medición del indicador de la OCI

- Se dio cumplimiento del 100% de los de **indicadores de calidad** de la Oficina de control Interno, enviando mensualmente al área de calidad como responsable del seguimiento.

Indicador: Garantizar el cumplimiento del programa de auditorías de la ESE CEO

<

- Se dio cumplimiento del 100% de los indicadores de Plan de desarrollo, enviado al área de planeación con sus respectivas evidencias como responsable del seguimiento.

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
PLAN DE ACCIÓN 2020 - OFICINA DE CONTROL INTERNO**

OBJETIVOS CORPORATIVOS	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	METAS	INDICADORES	METAS PLAN DESARROLLO	META EJECUTADA	OBSERVACIONES DE JULIO A SEPTIEMBRE/2020
					2017-2020	2020	
3. Garantizar la efectividad gerencial de la ESE Carmen Emilia Ospina en su rentabilidad social y financiera, mediante el fortalecimiento de la capacidad organizacional y empresarial con un enfoque de competitividad.	Mejoramiento del proceso auditor de control interno	Elaborar e implementar un instrumento metodológico para la construcción del "Plan Anual de Auditoría Interna" de acuerdo con los lineamientos del DAFP.	Elaboración de metodología para la construcción del Plan Anual de Auditoría Interna	Metodología para la construcción del Plan Anual de Auditoría Interna aprobada y certificada.	100%	100%	En el mes de enero/2020 se aplicó la metodología construida, la cual permitió la elaboración del Plan anual de Auditorías del año 2020, que se detalló en el plan de acción de la presente vigencia. Evidencia: Plan de acción de la vigencia 2020 Auditorías programadas y ejecutadas mes de marzo/2020: 1. Auditoría al subproceso de Delitos Judicial Auditorías programadas y ejecutadas mes de abril/2020: 1. Auditoría al procedimiento de caja menor 2. Auditoría especial contratación-covid19 Auditorías programadas y ejecutadas mes de mayo/2020: 1. Auditoría al subproceso de sistemas de informáticos 2. Auditoría Especial Subproceso Gestión Documental para la vigencia 2020 Auditorías programadas y ejecutadas mes de junio /2020: 1. Auditoría al los procedimientos GE-S3-P4: Actualización Pagina WEB y GE-S3-P5 Actualización cartelería Cooperativas Físicas y Digitales Auditorías programadas y ejecutadas mes de Agosto/2020: 1. Apuesta Auditoría programada de contratación directa de bienes y servicios. Auditorías programadas y ejecutadas mes de Octubre/2020: 1. Auditoría al procedimiento SOA-S2-P6 Gestión de Residuos Hospitalarios Auditoría Programada y ejecutado mes de Noviembre/2020 1. Auditoría a Comités Institucionales
			Ejecutar el 90% del Programa Anual de Auditoría aprobado para cada vigencia, incluyendo las auditorías especiales	Número de informes de auditoría presentados / Número de auditorías del Programa Anual de Auditorías, incluidas las especiales X 100	90%	100%	
3. Garantizar la efectividad gerencial de la ESE Carmen Emilia Ospina en su rentabilidad social y financiera, mediante el fortalecimiento de la capacidad organizacional y empresarial con un enfoque de competitividad.	Mejoramiento del proceso auditor de control interno	Realizar seguimiento periódico a los planes de mejoramiento suscritos, tanto internos como externos, de la ESE	Realizar seguimiento al 90% de los planes de mejoramiento suscritos, tanto internos como externos	Número de planes de mejoramiento con seguimiento documentado / número de planes de mejoramiento con cumplimiento del tiempo de ejecución x 100	90%	100%	1. Seguimiento al plan de mejora del Subproceso facturación periodo IV Trimestre de 2018 2. Seguimiento al Plan de mejora del Subproceso costos vigencia 2018 3. Seguimiento al plan de mejora del Subproceso presupuesto II Semestre 2018 4. Seguimiento plan de mejora Programas de Almacén, Contabilidad, Proceso Activos Fijos vigencia 2018 y primer semestre 2019 5. Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Desarrollo Institucional 6. Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Servicios Administrativos 7. Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Gestión documental vig. 2019 8. Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Comunicaciones vig. 2019 9. Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Servicios Administrativos Infraestructura y equipo vig. 2019 10. Seguimiento al plan de mejora del subproceso de Gestión de la Calidad vig. 2019 11. Seguimiento al plan de mejora del subproceso del Programas de Extensión vig. 2019 12. Seguimiento al plan de mejora de subproceso de Contratación-Liquidación contrato Vig. 2015-2016 13. Seguimiento al plan de mejora de informes de Ley-pp 14. Seguimiento al Plan de mejora del subproceso de Control Interno Disciplinario 15. Seguimiento al Plan de mejora del subproceso de Planeación 16. Seguimiento al Plan de mejora de la Auditoría especial al CTO 488/19- Disciplina 17. Seguimiento al Plan de mejora de la Auditoría especial al CTO 488/19- Coomotor 18. Seguimiento al Plan de mejora de Comités Institucionales vig. 2019
			Realizar seguimiento periódico a los riesgos extremos y altos identificados en los procesos estratégicos, misionales y de apoyo	Número de riesgos extremos y altos / número de riesgos con seguimiento periódico x 100	90%	100%	Se realizó seguimiento a los riesgos por procesos en el mes de agosto y septiembre, publicándolo en el mapa de procesos de la ESE CEO

OLGA MILENA MARTINEZ LAGUNA
Líder de control Interno
Integral Consultancy SAS

2.2.2. Seguimiento al reporte de informes de Ley según Normograma Institucional.

Se realizó de forma mensual el seguimiento de informe de ley, que deben cumplir la ESE Carmen Emilia Ospina a los diferentes entes de control, y diferentes plataformas, evidenciando cumplimiento por parte de los líderes responsables de la rendición o entrega de los mismos, con excepción de los siguientes informes que se entregaron extemporáneamente:

INFORME	AREA RESPONSABLE	PERIODICIDAD	FECHA REPORTE			
Consolidado trimestral reactivo vigilancia	LABORATORIO CLINICO	TRIMESTRAL Los primeros 5 días del mes siguiente	<table><tr><td>Enero 28</td></tr><tr><td>Abril 17</td></tr><tr><td>Julio 6</td></tr></table>	Enero 28	Abril 17	Julio 6
Enero 28						
Abril 17						
Julio 6						
Informe derecho de autor sobre SOFTWARE-DAFP	CONTROL INTERNO	ANUAL 20 marzo de 2020	24 de marzo de 2020			
informe de demanda inducida	DETENCION TEMPRANA	TRIMESTRAL primeros 10 días de cada trimestre (10 julio y 10 de octubre)	<table><tr><td>Agosto 12</td></tr><tr><td>Octubre 16</td></tr></table>	Agosto 12	Octubre 16	
Agosto 12						
Octubre 16						

Formulario de autoapreciación y porcentaje de cumplimiento de la estrategia IAMII	IAMI	TRIMESTRAL Los 5 primeros días hábiles del mes siguiente. 7 abril, 8 julio, 7 octubre.	<table><tr><td>Mayo 7</td></tr><tr><td>Agosto 26</td></tr><tr><td>Enero 5/21</td></tr></table>	Mayo 7	Agosto 26	Enero 5/21									
Mayo 7															
Agosto 26															
Enero 5/21															
<table><tr><td>1.Informe trimestral de seguimiento enfermedades crónicas</td></tr><tr><td>2.informe cuenta de alto costo de erc- hta dm</td></tr><tr><td>3.indicadores para seguimiento programa riesgo cardiovascular</td></tr><tr><td>4.Indicador adherencia a GPC de Hipertensión Arterial</td></tr></table>	1.Informe trimestral de seguimiento enfermedades crónicas	2.informe cuenta de alto costo de erc- hta dm	3.indicadores para seguimiento programa riesgo cardiovascular	4.Indicador adherencia a GPC de Hipertensión Arterial	RIESGO CARDIOVASCULAR	<table><tr><td>1.TRIMESTRAL Los 10 primero días hábiles del mes siguiente- 10 de julio</td></tr><tr><td>2.MENSUAL Los 5 primero días hábiles del mes siguiente- 6 marzo, 7 junio, 7 septiembre, 7 octubre , 9 noviembre.</td></tr><tr><td>3.MENSUAL los primeros 10 días hábiles del mes siguiente- 14 septiembre, 15 octubre</td></tr><tr><td>4.MENSUAL los primeros 10 días hábiles del mes siguiente- octubre 14</td></tr></table>	1.TRIMESTRAL Los 10 primero días hábiles del mes siguiente- 10 de julio	2.MENSUAL Los 5 primero días hábiles del mes siguiente- 6 marzo, 7 junio, 7 septiembre, 7 octubre , 9 noviembre.	3.MENSUAL los primeros 10 días hábiles del mes siguiente- 14 septiembre, 15 octubre	4.MENSUAL los primeros 10 días hábiles del mes siguiente- octubre 14	<table><tr><td>1.Julio 14</td></tr><tr><td>2.marzo 9, junio 7, septiembre 9, octubre 8, noviembre 15.</td></tr><tr><td>3.septiembre 17, octubre 19.</td></tr><tr><td>4.octubre 19</td></tr></table>	1.Julio 14	2.marzo 9, junio 7, septiembre 9, octubre 8, noviembre 15.	3.septiembre 17, octubre 19.	4.octubre 19
1.Informe trimestral de seguimiento enfermedades crónicas															
2.informe cuenta de alto costo de erc- hta dm															
3.indicadores para seguimiento programa riesgo cardiovascular															
4.Indicador adherencia a GPC de Hipertensión Arterial															
1.TRIMESTRAL Los 10 primero días hábiles del mes siguiente- 10 de julio															
2.MENSUAL Los 5 primero días hábiles del mes siguiente- 6 marzo, 7 junio, 7 septiembre, 7 octubre , 9 noviembre.															
3.MENSUAL los primeros 10 días hábiles del mes siguiente- 14 septiembre, 15 octubre															
4.MENSUAL los primeros 10 días hábiles del mes siguiente- octubre 14															
1.Julio 14															
2.marzo 9, junio 7, septiembre 9, octubre 8, noviembre 15.															
3.septiembre 17, octubre 19.															
4.octubre 19															
Informe de avance contractual y seguimiento del convenio	CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS	MENSUAL Los 10 primeros días calendarios del mes siguiente.	de enero a julio con fechas inoportunas, agosto no hay evidencia, septiembre inoportuno. octubre, noviembre y diciembre sin evidencia.												
<table><tr><td>1.Informe de referencia y contrareferencia ssdptal-crueh</td></tr><tr><td>2.Informe instrumento de tiempos sirc- informe de sistema de gestion integrado circular unica 072</td></tr><tr><td>3.consolidado de Referencias y Contrarreferencias de las IPS del departamento del Huila código SSA-C01</td></tr><tr><td>4.informe de referencia y contrareferencia formato ST012</td></tr></table>	1.Informe de referencia y contrareferencia ssdptal-crueh	2.Informe instrumento de tiempos sirc- informe de sistema de gestion integrado circular unica 072	3.consolidado de Referencias y Contrarreferencias de las IPS del departamento del Huila código SSA-C01	4.informe de referencia y contrareferencia formato ST012	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	<table><tr><td>1.MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente- 6 de marzo, 5 de junio, 7 de julio, 10 de agosto, 7 de septiembre, 7 octubre.</td></tr><tr><td>2.MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente</td></tr><tr><td>3. MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente</td></tr><tr><td>4. SEMESTRAL fecha de reporte: 31 de julio</td></tr></table>	1.MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente- 6 de marzo, 5 de junio, 7 de julio, 10 de agosto, 7 de septiembre, 7 octubre.	2.MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente	3. MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente	4. SEMESTRAL fecha de reporte: 31 de julio	<table><tr><td>1. 9 de marzo, 8 de junio, 9 de julio, 12 de agosto, 20 de septiembre, 12 de octubre.</td></tr><tr><td>2. 9 de marzo, 8 de junio, 9 de julio, 12 de agosto, 20 de septiembre, 12 de octubre.</td></tr><tr><td>3. 9 de marzo, 8 de junio, 9 de julio, 12 de agosto, 20 de septiembre, 12 de octubre</td></tr><tr><td>4. 14 de agosto</td></tr></table>	1. 9 de marzo, 8 de junio, 9 de julio, 12 de agosto, 20 de septiembre, 12 de octubre.	2. 9 de marzo, 8 de junio, 9 de julio, 12 de agosto, 20 de septiembre, 12 de octubre.	3. 9 de marzo, 8 de junio, 9 de julio, 12 de agosto, 20 de septiembre, 12 de octubre	4. 14 de agosto
1.Informe de referencia y contrareferencia ssdptal-crueh															
2.Informe instrumento de tiempos sirc- informe de sistema de gestion integrado circular unica 072															
3.consolidado de Referencias y Contrarreferencias de las IPS del departamento del Huila código SSA-C01															
4.informe de referencia y contrareferencia formato ST012															
1.MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente- 6 de marzo, 5 de junio, 7 de julio, 10 de agosto, 7 de septiembre, 7 octubre.															
2.MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente															
3. MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente															
4. SEMESTRAL fecha de reporte: 31 de julio															
1. 9 de marzo, 8 de junio, 9 de julio, 12 de agosto, 20 de septiembre, 12 de octubre.															
2. 9 de marzo, 8 de junio, 9 de julio, 12 de agosto, 20 de septiembre, 12 de octubre.															
3. 9 de marzo, 8 de junio, 9 de julio, 12 de agosto, 20 de septiembre, 12 de octubre															
4. 14 de agosto															

informe instrumento de tiempos sirc	TAB	MENSUAL Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente- 6 de marzo, 5 de junio, 7 de julio, 10 de agosto, 7 de septiembre, 7 octubre.	9 de marzo, 8 de junio, 12 de julio, 12 de agosto, 21 de septiembre, 12 de octubre.
Informe financiero como lo establece la norma	CONTABILIDAD	MENSUAL el ultimo día del mes vencido-marzo 30, abril 30.	20 de mayo y 10 de junio
informe mensual de contratación	CONTRATACION	MENSUAL Los primeros 15 días de cada mes- 15 de septiembre, 15 de octubre, 15 de noviembre, 15 de diciembre.	16 de septiembre, 20 de octubre, 30 de noviembre, 16 de diciembre

link: <https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/2014-12-16-22-03-21/2014-12-17-17-26-01/category/391-gestion-normativa>

2.2.3. Acompañamiento Inventarios de insumos y suministros.

Para el mes de junio desde el día 16 y julio hasta el 22, se realizo acompañamientos al inventario físico de insumos y suministros de las áreas ESE CEO.

Para el mes de diciembre desde 1 al 30 de diciembre se realizo acompañamientos al inventario físico de insumos y suministros de las áreas ESE CEO.

2.2.4. Fomento de la Cultura de Autocontrol

Para la vigencia del 2020, la oficina de control Interno En aras de fomentar la cultura de autocontrol brindó asesoría permanente en la construcción de los controles preventivos y detectivos producto de los hallazgos identificados en las auditorías como en los seguimientos de ley. La materialización de estas asesorías pudo verse reflejada en los planes de mejoramiento formulados por los líderes de proceso los cuales fueron adjuntados a los informes finales.

También para el mes de octubre se realizó capacitación sobre la supervisión de los contratos, a los supervisores y apoyo a la supervisión, con el objeto de minimizar el riesgo que se ha materializado con esta función que se ha

reflejado en los hallazgos administrativos dejados en las auditorias por la Contraloría Municipal de Neiva.

2.2.5. Asistir a los Comités en que se requiera acompañamiento y/o asesoría de la OCI según la naturaleza de sus funciones

La oficina de control Interno, asistio como invitado permanente para la vigencia 2020 a los comites de Conciliacion y Defensa judicial y a los comites Institucional de Gestion y Desempeño.

2.2.6. Comité Institucional de Control Interno

Para la vigencia del 2020, se realizaron los siguientes comites de Coordinacion de Control interno dan cumplimiento a lo programdon en el plan de accion:

1. Comité Ordinario - 27 de enero del 2020
2. Comité Ordinario - 25 de junio del 2020
3. Comité Ordinario - 29 de diciembre del 2020
4. Comité extraordinario – 16 de abril del 2020
5. Comité Extraordinario – 15 de octubre del 2020

2.2.7. Comité Municipal de Auditoría o Comité Interinstitucional de Control Interno (CICI).

Para la vigencia del 2020, la lider del area de Control Interno participo de los siguientes comites:

- Comité Municipal de Control Interno- Liderado por la Alcaldia de Neiva

Primer Comité – 03 de julio del 2020

Segundo Comité – 28 de diciembre del 2020

- Comité Intitucional de Control Interno – Liderado por la Contraloria Mpal
 - Primer Comité - 12 de agosto del 2020
 - Segundo Comité - 6 de noviembre del 2020
 - Tercer Comité - 9 de diciembre del 2020

2.2.8. Actualizacion de proceso de Control Interno

La oficina de control interno con el objeto de ir a corde a la normatividad vigente realizo actualizaciones a sus procedimientos y formatos, teniendo como base el decreto 648 del 2017 y las guias del Departamento de la Funcion Publica.

Procedimientos:

CIS1P1V9 Evaluacion y seguimiento
CIS1P3V6 Evaluacion de la gestion de riesgo
CIS1P5V3 Relacincon con entes externos de control
CIS1P6V1 Liderazgo estrategico
CIS1P7V1 Enfoque a la prevencion

Formatos:

CIS1F3V2 Priorizacion del universo de auditoria basado en riesgos
CIS1F4V5 Registro asesorias, acompaamientos y seguimientos
CIS1F6V1 Plan de accion y plan anual de auditoria
CIS1F7V1 Plan de mejora de la oficina de control interno
CIS1F8V2 Informe de auditoria
CIS1F10V1 Seguimiento informes de ley
CIS1F11V7 Plan de apertura de auditora
CIS1F13V1 Acta comité de control interno

3. EVALUACION DE LA GESTION DE RIESGO

La oficina de Control Interno durante la Vigencia 2020, realizo el seguimiento a la gestión de riesgo:

3.1. Mapa de Riesgo Por Procesos

Se realizó el seguimiento a los riesgos de los 16 procesos:

1. Proceso gestión gerencial
2. Proceso garantía de la calidad
3. Proceso control interno
4. Proceso apoyo diagnóstico y terapéutico
5. Proceso servicios hospitalarios
6. Proceso servicios de urgencias
7. Proceso servicios ambulatorio
8. Proceso estrategias de intervención comunitaria

9. Proceso vigilancia epidemiológica
10. Proceso referencia y contrarreferencia
11. Proceso sistemas de información y atención al usuario
12. Proceso gestión financiera
13. Proceso gestión de talento humano
14. Proceso gestión de bienes y servicios
15. Proceso tecnologías de la información y las comunicaciones
16. Proceso salud ocupacional

En el seguimiento se observó el cumplimiento de las acciones y metas establecidas en el mismo, con excepción del proceso de referencia y contrarreferencia que no aportó las evidencias del cumplimiento.

Para este seguimiento se encontró falencia en la entrega de evidencias de algunos procesos, al verificar el por qué, se observó que el cambio de los líderes de los procesos generó desconocimiento de los riesgos de los procesos que lideran.

Recomendaciones al área de Planeación:

Se le recomendó al área de Planeación realizar la Actualización del mapa de riesgo de gestión aplicando la metodología que refiere la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, el cual la oficina de control Interno está lista para brindar el acompañamiento y asesoría en la misma.

Cada vez que se presente cambio de líderes de los procesos se recomienda realizar la debida socialización de los riesgos identificados dentro del proceso.

3.2. Seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano y seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción

Se realizó el seguimiento conforme lo establece la ley 1474 de 2011, el Decreto 124 de 2016 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, seguimiento que se realizó cuatrimestralmente, así:

- 1 seguimiento al corte de abril del 2020, publicado en el mes de mayo
- 2 Seguimiento al corte de agosto del 2020, publicado en el mes de septiembre
- 3 Seguimiento al corte de diciembre del 2020; publicado en enero del 2021.

- Con relación al Plan anticorrupción y atención al ciudadano, en el segundo y tercer seguimiento no se dio cumplimiento al COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, con el COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES, no se cumplió con las acciones 1.1 ni las acciones del 2.4 y con el COMPONENTE 3: RENDICION DE CUENTAS, no se cumplió la acción 1.2. al verificar con la segunda línea de defensa que es el área de planeación y el encargado de realizar de forma mensual los seguimientos, argumenta que, debido al cambio del líder del área de planeación, no hubo cumplimiento por los líderes anteriores y a la vez no hubo un buen empalme de las tareas pendientes por cumplir.
- Con relación al Mapa de Riesgo de Corrupción, se realizó seguimiento cuatrimestral a los riesgos divisados a las áreas de Gestión Gerencial y estratégica, Talento Humano, Contratación y Financiera, observado que los líderes de las áreas como primera línea de defensa, dan cumplimiento a las acciones como controles de riesgos.

Recomendaciones generadas al área de Planeación:

Se le recomendó al área de Planeación realizar la Actualización del mapa de riesgo de corrupción aplicando la metodología que refiere la Guía de Administración de Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital del DAFP, el cual la oficina de control Interno esta lista para brindar el acompañamiento y asesoría en la misma, dicha actualización se debe realizar en el primer trimestre del 2021, para dar cumplimiento a un hallazgo dejado por la contraloría Municipal de Neiva.

A demás, se debe actualizar el Plan Anticorrupción y atención al ciudadano para la vigencia 2021, con metas y fechas cumplibles, para lo cual deben realizar mesas de trabajo con los líderes de las áreas como primera línea de defensa y encargados de cumplir las metas.

Cada vez que se presente cambio de líderes de los procesos realizar la debida socialización de los riesgos del mapa de riesgo y plan anticorrupción, de esta forma exigimos el cumplimiento de los mismos y no argumentos desconocimiento.

Nota: Se puede consultar en la página WEB de la ESE CEO: <https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/2014-12-16-22-03-21/2014-12-17-17-26-01/category/371-seguimiento-plan-anti-corrupcion-y-mapa-de-riesgo>.

4. LIDERAZGO ESTRATEGICO

En cumplimiento a lo descrito en la ley 87 de 1993 artículo 9º, le corresponde a la Oficina de Control Interno, asesorar a la dirección en la continuidad de los procesos con el fin de dar con el logro de las metas u objetivos de la Institución.

Es por ello que durante el año 2020 se dieron las alertas oportunas mediante los informes de evaluación, informes de ley y seguimiento a los riesgos, informes que se daban a conocer a través del simad, en los comités y en la socialización de las auditorías.

<https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/2014-12-16-22-03-21/2014-12-17-17-26-01>

5. RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

5.1. Auditoría AUDIBAL

La oficina de Control interno, lidero la visita de la Auditoría al Balance- Audibal vigencia fiscal 2019, el cual se dio apertura el 9 de marzo del 2020 a las 2:00 pm. y culmino el 13 de mayo del 2020, auditoría que se realizó de forma remota(virtual) debido a la declaración de la pandemia del COVID19, durante la auditoría el área financiera, dio respuesta oportuna a las solicitudes realizadas por equipo auditor de la Contraloría Municipal de Neiva.

El 12 de mayo del 2020 se recibió el informe definitivo de la Auditoría AUDIBAL, quedando dos hallazgos de carácter administrativo, el cual se formuló plan de mejora adoptado bajo la resolución 246 del 15 de mayo del 2020.

ENTIDAD: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
REPRESENTANTE LEGAL: JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ
NIT: 813.005.265-7
VIGENCIA FISCAL: 2019
MODALIDAD DE AUDITORIA: ESPECIAL AL BALANCE "AUDIBAL"
FECHA DE SUSCRIPCION: 15 de mayo del 2020

N°	Hallazgo Administrativo	Acción de Mejoramiento a Desarrollar	Área encargada	Funcionario Responsables del cumplimiento	Fecha inicial de ejecución	Fecha final de ejecución	Metas cuantificables	Indicadores de cumplimiento	Avance de Cumplimiento
1	El saldo de los ingresos corrientes del estado de resultados por \$42.214.829.000, no es congruentes con el saldo reportado en el chip de la Contaduría General de la Nación, que al restarle la disponibilidad inicial arroja un valor de \$42.779.060.482, mostrando una diferencia entre los dos reportes de \$564.131.482.	Elaboración de acta de conciliación entre módulos de Contabilidad y presupuesto para establecer las diferencias entre los reportes de la cuenta contable de prestación de servicios y el valor de los recaudos presupuestales	Contabilidad y presupuesto	Gloria Esperanza Reyes Tesorera General	15/05/2020	31/03/2021	100%	Numero de actas programadas / numero de actas realizada	
2	El valor reportado como recaudos en la vigencia 2019, no es consistente para los informes que emiten las oficinas de la entidad, toda vez que para la tesorería mediante el reporte de Operaciones efectivas de caja los recaudos fueron de \$42.807.779.883; para la oficina de presupuesto los recaudos son de \$49.190.735.159 y contabilidad reporte a la Contaduría General de la Nación el valor de \$49.092.624.187.	Elaboración de acta de conciliación entre módulos de Contabilidad y presupuesto para establecer las diferencias entre los reportes de la cuenta contable de prestación de servicios y el valor de los recaudos presupuestales	Contabilidad, presupuesto y tesorería	Gloria Esperanza Reyes Tesorera General	15/05/2020	31/03/2021	100%	Numero de actas programadas / numero de actas realizada	
<p>_____ Jose Antonio Muñoz Paz Gerente</p>			<p>_____ Gloria Espemza Reyes Silva Tesorera</p>			<p>_____ Robinson Conde Gestor de Contabilidad</p>			<p>_____ Diego Dario Aragonez Gestor de Presupuesto</p>

5.2. Auditoria Gubernamental Modalidad regular vigencia fiscal 2019.

La oficina de Control interno participo y fue el enlace para el desarrollo de la Auditoria Gubernamental Modalidad regular vigencia fiscal 2019, aperturada el día 21 de julio del 2020 a las 9:30 am y finalizando el 23 de octubre del 2020, auditoria que se llevó de forma remota, durante la auditoria se entregó oportunamente la información solicitada por el equipo auditor de la Contraloría, donde se solicitó información financiera, de contratación, de talento humano, de planeación, de comunicación, del área jurídica, entre otras y se realizó la evaluación de control fiscal vigencia 2019, información y evidencias que se entregaban de forma física o por email.

El 23 de octubre se recibió el informe definitivo, quedando 19 hallazgos clasificados así:

- Connotación administrativa- 19 hallazgos
- Connotación fiscal - 4 hallazgos por una cuantía de \$6'725.469.00
- Connotación disciplinaria – 1 Hallazgo

Se formuló plan de mejora adoptado bajo la resolución 535 del 28 de octubre del 2020.

[illegible]

JOSE ANTONIO MUÑOZ PAZ
Gerente

MIGUEL JULIAN RODRIGUEZ
Coordinador de Contratación

CLAUDIA MARCELA CAMACHO
VARON

ELIANA CARMENZA ORDÓÑEZ
ARGOTE

CARLA PAOLA FACUNDO ORTEGA
Comunicadora Social y Periodista

RUTH DERV GARCIA SOLORZANO

5.3. Visita de Inspección y vigilancia por la Supersalud

Se dio apertura a la visita de inspección y vigilancia, bajo auto 190 del 26 de mayo del 2020, donde la oficina de control interno fue el enlace para el desarrollo de la misma, la visita se realizó de forma presencial el día 26 y 27 de mayo, La visita tuvo por objeto adelantar acciones de inspección y vigilancia en la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, frente a la logística para la adecuada prestación de los servicios de salud, con las características del sistema obligatorio de la garantía de la calidad, tanto para los usuarios como para el personal de la salud: asistencial, administrativos, apoyo, aseo, vigilancia y alimentación frente a la emergencia sanitaria por el COVID-19.

Durante la visita solicitaron información con sus evidencias, el cual fueron entregados oportunamente por las áreas de contratación, talento humano, tesorería, salud ocupacional, calidad, almacén.

El 14 de julio se recibió informe definitivo de la visita, quedando 2 hallazgos donde se formuló plan de mejora con 3 acciones a cumplir.

Supersalud		PROCESO	AUDITORIA A LOS SUJETOS VIGILADOS		CÓDIGO	AFT01
		FORMATO	FICHA TÉCNICA PARA SUSCRIPCIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO		VERSIÓN	2
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE SUSCRIBE EL PLAN:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			NIT:	813,005,265-7
AUTO DE VISITA No. (SI aplica)		190				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:		17/07/2020			FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: 30/10/2020	

COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PLAN DE MEJORAMIENTO						EVALUACIÓN SNS		
		¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	CONSIDERACIONES SNS	ACCIONES DE MEJORA APROBADA (SI/NO)		
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación		
ADMINISTRATIVO	La ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva, con corte al 26 mayo de 2020, no realiza de manera oportuna los aportes al sistema general de riesgos laborales del personal contratista vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Realizar mensualmente dentro de los 8 días siguientes, los trámites correspondientes al pago de los aportes al sistema de riesgos laborales al personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Tramitar oportunamente dentro de los ocho días siguientes, la documentación necesaria para el pago de los aportes al sistema de riesgos laborales al personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Copia de planilla y resolución de pago	100%	ROCIO CORREA LOZADA Contratista: Profesional Especializado Talento Humano	1/07/2020	30/10/2020		
		Realizar mensualmente el pago oportuno de los aportes al sistema de riesgos laborales al personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Pagar oportunamente dentro de las fechas establecidas para la vigencia 2020 de cada mes, los aportes al sistema de riesgos laborales al personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios y que laboran en actividades de alto riesgo con clasificación de riesgo 5.	Comprobantes de pago al sistema de seguridad social	100%	GLORIA ESPERANZA REYES SILVA Tesorero General	1/07/2020	30/10/2020		
SETEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	La ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva con obligaciones de contratante no realiza el reporte a la ARL con el detalle del evento de la totalidad de los trabajadores que presentaron exposición casos confirmados de COVID 19	Reportar a la ARL con el detalle del evento de la totalidad de los trabajadores que presentaron exposición casos confirmados de COVID 19, de forma oportuna, acopiándonos a los lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-COV (COVID-19) en su numeral 7.3.1 en Colombia del Ministerio de Salud y protección social.	Una vez se conozca el caso confirmado de COVID 19 del trabajador, se reportará a la ARL detallando el evento y de forma inmediata como lo determina los lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-COV (COVID-19) en su numeral 7.3.1 en Colombia del Ministerio de Salud y protección social.	Formatos de reporte y notificación a la ARL	100%	MARTHA LUJANA NOGALES GOMEZ Contratista: Apoyo Salud Ocupacional	1/07/2020	30/10/2020		

ORIGINAL FIRMADO

Firma del Representante Legal

Nombre: JOSE ANTONIO MUÑOZ PAEZ

OLGA MILENA MARTINEZ LAGUNA
Líder Control Interno
Original firmado.