VIGENCIA 2022

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA
MUNICIPIO DE NEIVA

ORIGINAL FIRMADO

INFORME DE GESTIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

JAIBE SÁNCHEZ CRUZ
ASESOR CONTROL INTERNO

Contenido

Contenido 2
1 INTRODUCCIÓN....3
2 OBJETIVOS 4
2.1 Objetivo general....4
2.2 Objetivos específicos....4
3 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL 5
3.1 Auditorias programadas....5
3.2 Seguimiento a planes de mejora internos 7
3.2.1 Seguimiento planes de mejora externos – Contraloría municipal 7
3.2.2 Otros informes de seguimientos 8
4 ENFOQUE HACIA LA PREVENCION 13
4.1 Informes de ley presentados por la OCI....13
4.2 Reporte del FURAG....15
4.3 Informe de atención al ciudadano – PQRSD 20
4.4 Evaluación de control interno contable....22
4.5 Evaluación independiente del sistema de control interno 23
4.6 Informe de Austeridad del gasto....30
4.6.1 OTRAS ACTIVIDADES CON ENFOQUE A LA PREVENCION....32
5 EVALUACION DE LA GESTION DEL RIESGO 41
5.1 SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO Y RIESGOS DE CORRUPCION....41
5.2 SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS 41
6 LIDERAZGO ESTRATEGICO....42
7 RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL 42
8 CONCLUSIONES....44

ORIGINAL FIRMADO

1 INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno de Gestión aporta información a partir de los ejercicios de seguimiento y evaluación independiente que debemos aplicar en desarrollo de nuestras funciones, que se constituyen en fuente de información para la toma de decisiones, al aportar hechos y datos con un análisis sistemático y una mirada independiente, ya que, al no participar de manera directa en la gestión institucional contamos con elementos de juicio objetivos que nos permite generar hallazgos, recomendaciones y alertas con enfoque preventivo, aspecto esencial para incrementar la eficiencia y efectividad de los sistemas de control interno en la institución, todo en el marco del esquema de líneas de defensa en el cual participamos y generamos sinergias para una evaluación integral de la gestión.
Para el desarrollo de las actividades, la oficina de control interno debe establecer actividades que den cuenta de los cinco roles definidos en el decreto 648 de 2017, definidas así: *Liderazgo estratégico, *enfoque hacia la prevención, *evaluación a la gestión del riesgo, *evaluación y seguimiento y *relación con entes externos de control.

ORIGINAL FIRMADO

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Presentar el informe anual de gestión de la oficina de control interno de la ESE Carmen Emilia Ospina correspondiente a la vigencia 2022 y su nivel de articulación dentro de la estructura del nuevo modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG en cada uno de sus dimensiones y políticas.

2.2 Objetivos específicos

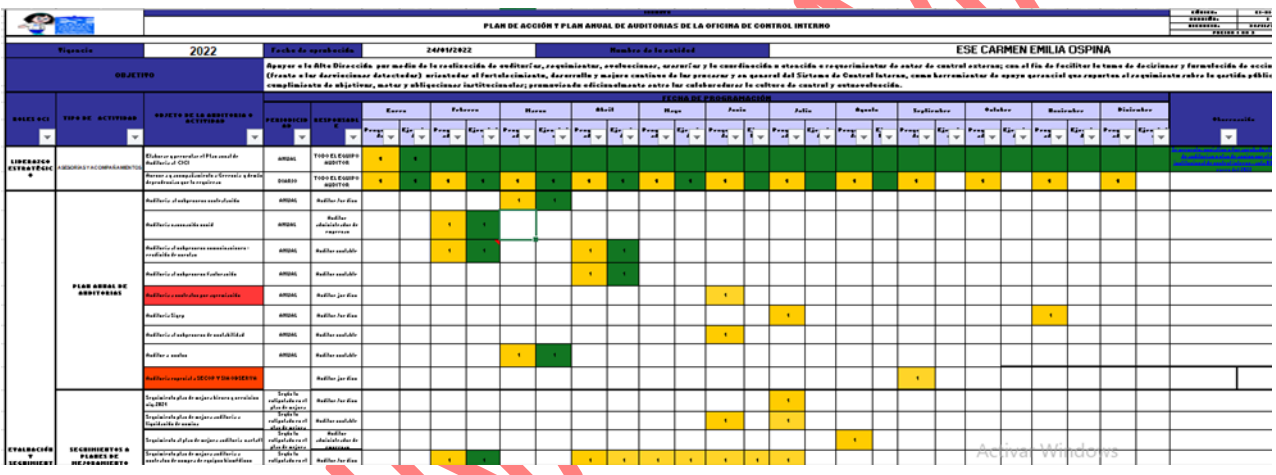
-Destacar la eficiencia de cada una de las actividades que se desarrollan en la oficina de control interno

-Dar a conocer la gestión desde la oficina de control interno

ORIGINAL FIRMADO

3 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

Como 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 se construye el plan de acción y plan anual de auditorías de la Oficina de Control Interno de Gestión para la vigencia 2022.



3.1 Auditorias programadas

Teniendo en cuenta los registrado en nuestro plan de acción y plan anual de auditorías para la vigencia 2022, se programaron 9 auditorías teniendo en cuenta el formato de priorización del universo de Auditorias basadas en riesgos CI-S1-F3-V2.

- ✓ Auditoria al subproceso de contratación
- ✓ Auditoria a vacunación covid
- ✓ Auditoria al subproceso de comunicaciones-rendición de cuentas
- ✓ Auditoria al subproceso de facturación
- ✓ Auditoria a contratos por agremiación

ORIGINAL FIRMADO

- ✓ Auditoria al sigep
- ✓ Auditoria al subproceso de contabilidad
- ✓ Auditoria al subproceso de costos
- ✓ Auditoria especial a Secop y Sia Observa

De acuerdo al plan de acción y plan anual de auditorías para la vigencia 2022, se dio cumplimiento al desarrollo de las auditorias programadas, registrando hallazgos para los cuales se implementaron planes de mejoramientos en común acuerdo con cada uno de los líderes de los procesos auditados.

- ✓ Auditoria al subproceso de contratación del cual surgieron 15 hallazgos de los cuales se propuso el plan de mejora con seguimiento
- ✓ Auditoria a vacunación covid; teniendo en cuenta el alcance de la auditoria, se emite el informe preliminar con 4 observaciones a las cuales se les dio respuesta por el líder del proceso donde se evidencio cada observación realizada verificando el adecuado registro y cargue al sistema de información PAIWEB, subsanando cada observación, del cual no se emite plan de mejora.
- ✓ Auditoria al subproceso de comunicaciones-rendición de cuentas, no surgieron hallazgos
- ✓ Auditoria al subproceso de facturación de la cual no surgieron hallazgos
- ✓ Auditoria a contratos por agremiación; luego de emitir el informe final e suscribe plan de mejoramiento con 8 hallazgos.
- ✓ Auditoria al sigep, luego de emitir el informe final se suscribe plan de mejoramiento con 4 hallazgos.
- ✓ Auditoria al subproceso de contabilidad que luego de revisar evidencias se evidencio cumplimiento que no generaron hallazgos
- ✓ Auditoria al subproceso de costos no surgieron hallazgos para plan de mejoramiento.

ORIGINAL FIRMADO

3.2 Seguimiento a planes de mejora internos

Para la vigencia se programaron 4 seguimientos a planes de mejora de la vigencia anterior 2021, relacionando el seguimiento a las actividades y sus acciones de mejora reportando el estado actual. Por cambio de subgerente el Plan de mejoramiento a la auditoria sarlaft no se pudo cumplir dejando registro de su seguimiento.

AÑO PLAN DE MEJORA	PLAN DE MEJORA	ACCIONES INICIALES	RESPONSABLES	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	ACCIONES PENDIENTES	FECHA DEL PROXIMO SEGUIMIENTO	ESTADO ACTUAL
2021	Seguimiento plan de mejora bines y servicios Vig. 2021	15	Subgerencia Contratacion	03/01/2021	30/07/2021		5	16/01/2023	En ejecucion
2021	Seguimiento plan de mejora auditoria liquidacion de nómina.								
2021	Seguimiento plan de mejora a la auditoria sarlaft.	12	subgerencia	05/04/2021	30/12/2021	30708/2022	1	30/04/2023	En ejecucion
2021	Seguimiento plan de mejora auditoria contratos de compra de equipos biomedicos para caimi	6	Subgerencia Almacen Contratacion	03/01/2022	15/04/2022	30/11/2022	0	N/A	CERRADO
2022	Seguimiento plan de mejoramiento auditoria SIGEP	4	Talento humano	01/11/2022	10/04/2023	30/06/2023	4	10/07/2023	En ejecucion
2022	Seguimiento plan de mejoramiento auditoria a subproceso contratacion-contratos por agremiacion	8	Contratación	01/11/2022	28/04/2023		8	11/04/2023	En ejecucion

ORIGINAL FIRMADO

3.2.1 Seguimiento planes de mejora externos – Contraloría municipal

3.2.1.1 Seguimiento plan de mejoramiento auditoria AUDIBAL vigencia 2021

El 01 de marzo de 2022 se realizó auditoria al balance AUDIBAL de la vigencia 2021 quedando 8 (ocho) hallazgos donde se suscribió plan de mejoramiento el 11 de mayo

de 2022 siendo las áreas encargadas: Control interno de gestión, funcionario responsable Jaiber Sánchez Cruz, contabilidad, funcionario responsable Martha Liliana Rodríguez García y defensa judicial, funcionario responsable Ángela María Cuellar Pineda.

Luego de adoptar el plan de mejoramiento se le realizo seguimiento al cumplimiento de cada una de las acciones a mejorar presentado evidencias de cumplimiento donde el fin de ejecución es el 28 de febrero de 2023.

3.2.1.2 Seguimiento plan de mejoramiento auditoria de cumplimiento vigencia 2021

El 09 de agosto de 2022 se realizó auditoria de cumplimiento con el fin de evaluar y conceptuar sobre la contratación, control fiscal interno y plan de mejoramiento de la vigencia 2021 quedando 8 hallazgos donde se suscribió plan de mejoramiento el 09 de octubre de 2022 estando a cargo del funcionario Miguel Julián Rodríguez Ortiz líder del área de contratación.

Luego de adoptar el plan de mejoramiento se socializa para proceder a hacer los seguimientos pertinentes dando inicio a dichos seguimientos en diciembre del año 2022 con fecha de final de ejecución en junio de 2023.

3.2.2 Otros informes de seguimientos

Como tercera línea de defensa, la oficina de Control Interno de gestión en uno de sus roles como el enfoque a la prevención articula la asesoría y acompañamiento con el fomento de la cultura de control y así medir y evaluar la eficacia y eficiencia a través de las actividades de asesoría posibilitando en los servidores cultura de control efectiva para el logro de los objetivos al adoptar un papel más activo en la sensibilización y las recomendaciones de mejora significativas en temas claves que se propongan en los procesos permitiendo a la entidad tener un constante monitoreo para la buena gestión institucional y con enfoque preventivo.

3.2.2.1 Evaluación y seguimiento al cargue de los documentos contractuales en la plataforma SIA OBSERVA Y SECOP

ORIGINAL FIRMADO

El objetivo general de este seguimiento era determinar el grado de cumplimiento normativo y procedimental en la rendición de la información en el aplicativo SIA OBSRVA Y SECOP I, mediante la revisión y análisis de estos aplicativos con los contratos relacionados por el área de contratación, que nos indicaran el cumplimiento del cargue de la documentación dispuesta en la norma y porcentaje de cumplimiento por parte del área de contratación, realizando seguimiento al avance del cargue del 100% de los anexos de las tres etapas (pre-contractual-contractual-pos-contractual) de la vigencia 2022 en la plataforma de SIA OBSERVA; de igual manera se realizó seguimiento a los reportes mensuales de la contratación presentados a la contraloría municipal de Neiva de los meses de enero a julio de la vigencia 2022, a través del SIA OBSERVA en los plazos y términos establecidos, también se realizó seguimiento al cargue de los contratos en la plataforma del SECOP I, mediante el análisis y comparación de los contratos suscritos por la entidad corroborados con los cargados en la plataforma SECOP I que pertenecen a la vigencia 2022; de igual manera se realizó seguimiento al cargue de los contratos en la plataforma del SECOP, mediante el análisis y comparación de los contratos suscritos por la entidad corroborados con los cargados en la plataforma SECOP I que perteneces a la vigencia 2022 con corte al mes de abril.

Del informe emitido en el mes de octubre a lo referente de los meses de enero a julio se concluye en general que en lo respecta al cargue de la información del SECOP I, resulta preocupante por cuanto a la fecha debería encontrarse cargado el 100% de la información de los contratos, debido a por disposición legal, la ESE cuenta con 3 días posteriores a la expedición del acto administrativo para ser cargados en el SECOP I, sin embargo, al mes de octubre no se encuentra cargados en los términos dispuesto por la Norma. La Información debe ser cargada en su totalidad y no se justifica su cumplimiento cargando parte de ella, toda vez que la norma indica que el cargue debe ser total. La ESE Carmen Emilia Ospina, tiene un régimen de contratación especial, sin embargo, los contratos que se suscriban deber ser publicados en esta plataforma, de aquí la importancia de que estos sean actualizados de manera permanente. En cuanto a la Plataforma SIA observa y SECOP, también genera preocupación dado que el avance real promedio es de solo el 10%, 10 cual significa un incumplimiento y un atraso que pone en riesgo evidente a la entidad, dado que de los 818 contratos cargados solo 32 se encuentran con cargue del 100% 10 que corresponde a un porcentaje del 3,91 %. Es de recordar que el no cumplimiento de esta obligación

ORIGINAL FIRMADO

estariamos en riesgo de posibles sanciones como 10 contempla la Resolución Orgánica 008 del 30 de octubre de 2015, Resolución No. 015 del 2020, expedida por la Contraloría Municipal de Neiva, y demás normas concordantes, donde expresa la obligatoriedad de la rendición de los contratos y sus anexos en la Plataforma SIA OBSERVA, más aun sabiendo que en la auditoria Gubernamental modalidad regular de la vigencia 2019, dejaron hallazgo por el incumplimiento de esta obligación.

De este seguimiento se dejan las siguientes recomendaciones:

- ✓ Dar prioridad al cargue de los documentos en la plataforma del SECOP I y en la plataforma de SIA OBSERVA.
- ✓ Realizar un seguimiento estricto al cargue de los documentos en la plataforma SIA OBSERVA Y SECOP I.
- ✓ Realizar un plan de mejora urgente y destinar personal a fin de que pueda darse estricto cumplimiento y poner al día el cargue de los documentos pre y pos-contractuales en la plataforma SECOP I de la vigencia 2022.
- ✓ Idear estrategias a fin de que el cargue de los documentos en la plataforma SIA OBSERVA Y SECOP se haga de manera periódica.
- ✓ Evaluar internamente el cargue de la información SIA OBSERVA Y SECOP I, de las vigencias anteriores.

3.2.2.2 Informe acciones de repetición al área jurídica

La oficina jurídica indica comedidamente informar que, entre el mes de junio del año 2021 al mes de febrero del año 2022, si bien es cierto se han proferido varias sentencias condenatorias en contra de la ESE CEO en segunda instancia, las mismas se encuentran en trámite de pago.

Una vez se realice dichos pagos, se procederá a socializar en comité de conciliación y defensa judicial estas condenas a fin de evaluar si se inicia o no acción de repetición.

De acuerdo a lo indicado por la oficina jurídica y teniendo en cuenta que el medio de Control de repetición, sus términos inician una vez se haya realizado un reconocimiento indemnizatorio con ocasión de una condena, conciliación u

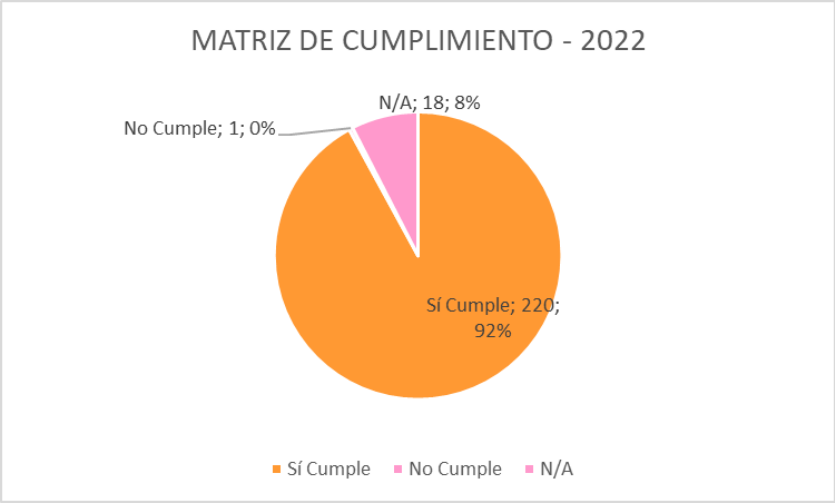
ORIGINAL FIRMADO

otra forma de terminación de conflictos, en el presente caso al no existir dicho reconocimiento, no es posible realizar el respectivo informe, con cifras, dado que actualmente tendremos que decir que es cero.

3.2.2.3 Seguimiento al cumplimiento a la ley de transparencia ITA

Con el fin de verificar el cumplimiento y la oportuna actualización de la información publicada por la ESE CEO en el marco de la Ley 1712 de 2014, por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y su Decreto reglamentario 103 de 2021 y mediante la revisión de los estándares para la publicación y divulgación de la información con corte al 31 de septiembre de 2022. Contenido en el enlace de transparencia de la página web Institucional https://esecarmenemiliaospina.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacionpublica; la Oficina de Control Interno, en desarrollo del rol de evaluación y seguimiento establecido en la Ley 87 de 1993, articulo 17 del Decreto 648 y en cumplimiento del Plan Anual de Auditoria 2022 publicado por la entidad para la vigencia 2022, realiza seguimiento a la Matriz de Cumplimiento a la Ley 1712 de 2014, por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional; haciendo la siguiente consolidación de resultados

INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN MATRIZ DE CUMPLIMIENTO VERSIÓN 1 - 2021					
Total de Nivel II - Subniveles	**Total Nro. Preg.**	**Sí Cumple**	**No Cumple**	**N/A**	**PESO (100)**
15	239	220	1	18	100



ORIGINAL FIRMADO

Basados en el instructivo de la herramienta de la matriz ITA Versión 1 – 2021, en el botón de transparencia de la página de la ESE CEO, se evalúan **239 preguntas y/o ítems,** que corresponden a **15 subniveles;** donde se evidencia un **92% de cumplimiento** de la Matriz ITA, un 8% de preguntas que No Aplican para la entidad y un 0.41% de las preguntas No Cumplen con los criterios a evaluar.

Es importante que la entidad continúe trabajando con los lineamientos de accesibilidad a la información con el fin de subsanar dicho ítem además de otras recomendaciones

1. Continuar retroalimentando el botón de transparencia de la página web de la ESE CEO, según instructivo de la Matriz versión 1 - 2021.
2. Ajustar la periodicidad del seguimiento a la ley de transparencia, este seguimiento se debe realizar cada 4 meses.
3. Completar la información de las preguntas que fueron calificadas como NO CUMPLE.
4. El informe de PQRSDF continuar realizando cada trimestre. Hasta el mes de junio del 2022 la ESE CEO lo venía presentando semestralmente, en el mes de octubre del presente año se evidencia el informe trimestral.
5. La información no solicitada en la Matriz Versión 1- 2021 no debe estar en los menús solicitados.
6. Cada líder de área es quien envía al webmaster la información en PDF reutilizable, la cual se escanea con la opción PDF-de lectura, y en caso de contar con el archivo PDF, se debe convertir el PDF a OCR, con la herramienta online PDF24. Las tablas o documentos en EXCEL NO van en PDF. Todos los documentos (Word, Excel, PDF, PowerPoint, etc.) deben cumplir con los criterios de accesibilidad establecidos en el Anexo 1 de la Resolución 1519 de 2020 para ser consultados fácilmente por cualquier persona.
7. Cada líder de área es el responsable de **enviar** la información al encargado de subirla a la página web (Webmaster), **especificar** en qué punto del botón de transparencia de la página de la ESE CEO debe estar cargado y **verificar** que dicha información quede cargada correctamente.
8. Continuar publicando en la página oficial de la ESE CEO todas las evidencias de las actividades desarrolladas en la entidad. Los canales de comunicación (whatsApp, Instagram, twitter y Facebook) sirven para divulgar la información que reposa en la página oficial de la entidad.
9. Mantener actualizado el cronograma de eventos de la entidad.

ORIGINAL FIRMADO

3.2.2.4 Seguimiento al SIGEP

Con el fin de determinar el grado de cumplimiento normativo de la información brindada por la Plataforma del SIGEPII, mediante la revisión y verificación del sistema de información y gestión del Monitoreo de Actualización de Hoja de Vida y Monitoreo de Bienes y Rentas (cargue año declarado 2020 y 2021) de los Servidores Públicos y Contratistas activos de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA; y así determinar el porcentaje de actualización del mismo; se realizó mediante la observación, entrevista, inspección de las hojas de vida de los contratistas y funcionarios públicos y Declaración del Formato de Bienes y Rentas, teniendo en cuenta la normatividad; auditoria de la cual se establecio plan de mejoramiento con inicio de acciones el 01 de noviembre de 2022 e inicio de seguimiento el 10 de abril de 2023.

4 ENFOQUE HACIA LA PREVENCION

Brindar un valor agregado a la ESE Carmen Emilia Ospina 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 a través de la cultura de mejoramiento.

4.1 Informes de ley presentados por la OCI

En el plan anual de auditorias, tambien incluye la programación que, de acurdo a la normativa, relacionada con la obligatoriedad de la OCI frente al reporte informes de ley y seguimiento que deben ser emitidos de acuerdo con la periodiidad y las fechas establecidas por los entes de control, para ello se realizo la programacion para la vigencia 2022 asi:

INFORME	PERIODICIDAD	PLATAFORMA
Informe de gestion de la OCI	ANUAL	WEB ESE CEO
Evaluacion por ependencias	ANUAL	WEB ESE CEO
Evaluacion del sistema de control interno	SEMESTRAL	WEB ESE CEO
Elaboracion informe semestral de la oficina de	SEMESTRAL	WEB ESE CEO

ORIGINAL FIRMADO

SIAU. Ley 1474 de 2011.		
Diligenciamiento del FURAG (formulario unico de avance de la gestion) se reporta el informe ejecutivo anual sobre el avance del SCI. Ley 87 de 1993	ANUAL	FURAG
Informe de control interno contable. Resolucion 193 de 2016 (28 de febrero)	ANUAL	CHIP
Elaboración del informe de austeridad y eficiencia en el gasto. Decreto 1737 de 1998 y Decreto 0984 del 14 de mayo de 2012 (Plazo hasta el ultimo día del mes)	TRIMESTRAL	WEB ESE CEO
Informe sobre verificacion, recomendaciones, seguimiento y resultados sobre el cumplimiento de las normas en materia de derecho de autor sobre SOFTWARE-DAFP. Directiva presidencial No. 02 de 2002.	ANUAL	DIRECCION NACIONAL DE DERECHO DE AUTOR

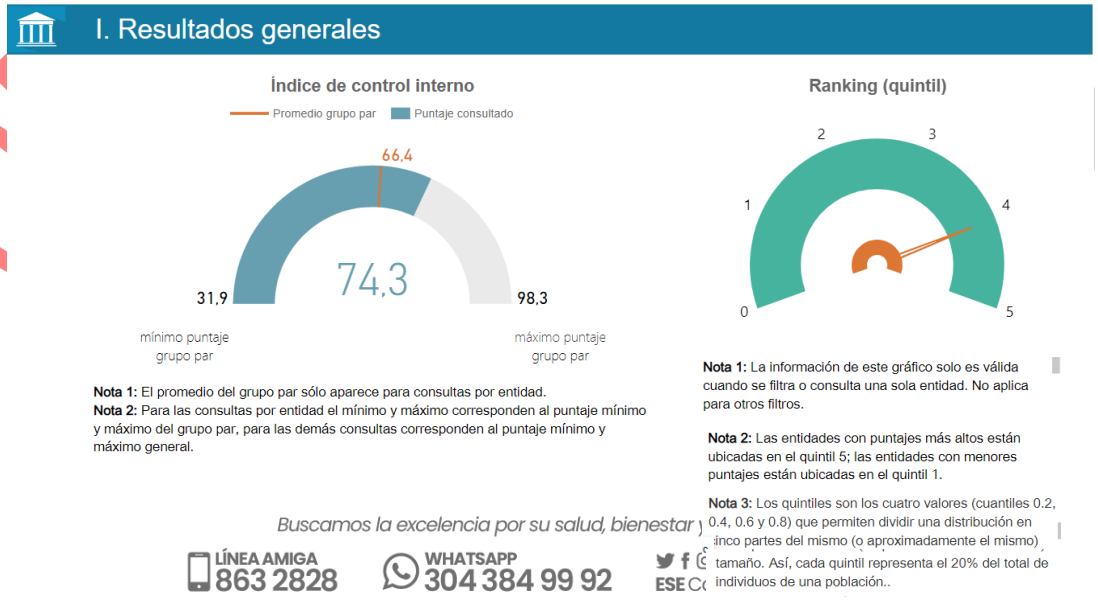
ORIGINAL FIRMADO

Circular 12 del 2 de febrero de 2007. Circular No. 17 de 2011. Ley 1712 del 2014		
Registro de avances Control Interno en plataforma SIA MISIONAL-formato F23-planes de mejora-Contraloria Municipal de Neiva-Formato F35-Evaluación y seguimiento	ANUAL Y SEMESTRAL(F23)	SIA MISIONAL
Seguimiento mapa de riesgo de anticorrupción	TRIMESTRAL	WEB ESE CEO

ORIGINAL FIRMADO

4.2 Reporte del FURAG

Este informe de resultados está organizado en cuatro (4) secciones; donde la primera muestra los resultados generales de desempeño del control Interno, la segunda sección muestra los resultados por cada componente del MECI; la tercera sección muestra los resultados obtenidos por cada línea de defensa y la última sección muestra los resultados de la autoevaluación y la evaluación independiente de control interno.

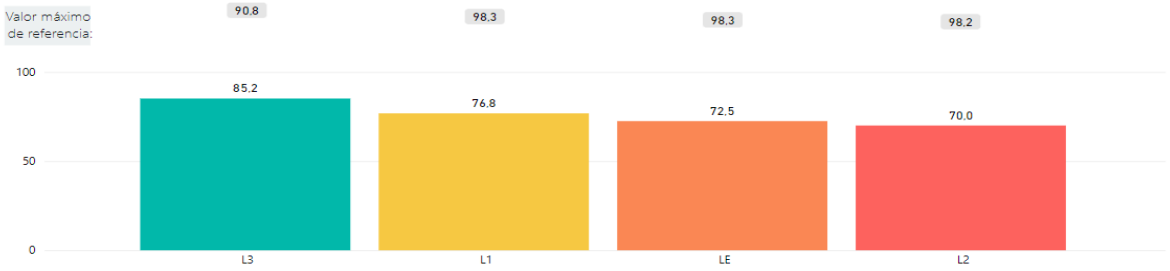


II. Índices de desempeño de los componentes MECI

Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	72,0	98,5
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	81,3	99,3
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	68,5	98,3
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	76,8	98,4
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	74,9	98,0

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

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

IV. Evaluación independiente del Sistema de Control Interno

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

COMPARATIVO 2020 – 2021

La comparabilidad se visualiza en cuatro (4) secciones, para cada sección se encuentra el año del cual se rinde informe frente al año inmediatamente anterior I. Resultados Generales. II. Índice de desempeño de los componentes MECI. III. Índice de desempeño de las tres líneas de defensa. IV.

I. Índice de Control Interno

2021

2020

II. Índices de desempeño de los componentes MECI

2021

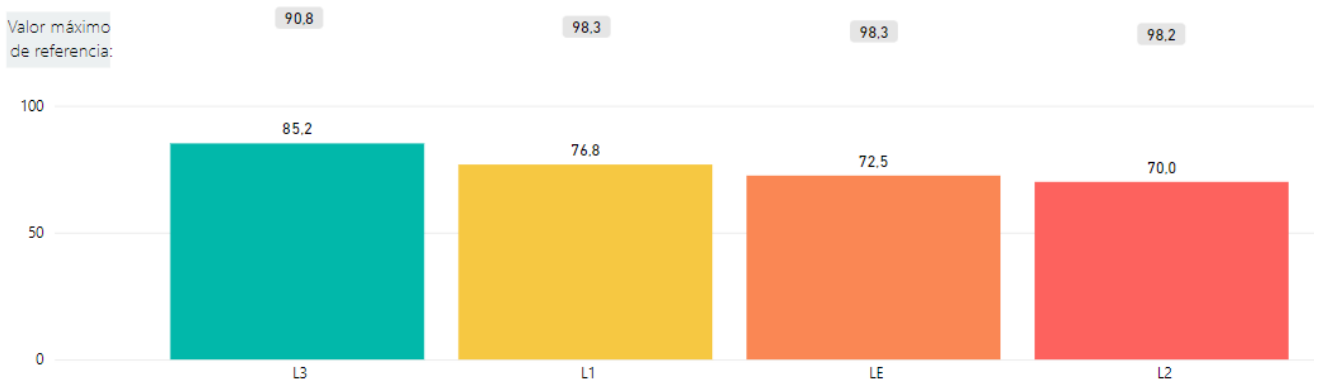
Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	72,0	98,5
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	81,3	99,3
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	68,5	98,3
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	76,8	98,4
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	74,9	98,0

2020

Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
67,5	97,78
78,7	99,00
64,7	97,57
73,3	97,73
71,0	97,38

III. Índices de desempeño de las líneas de defensa

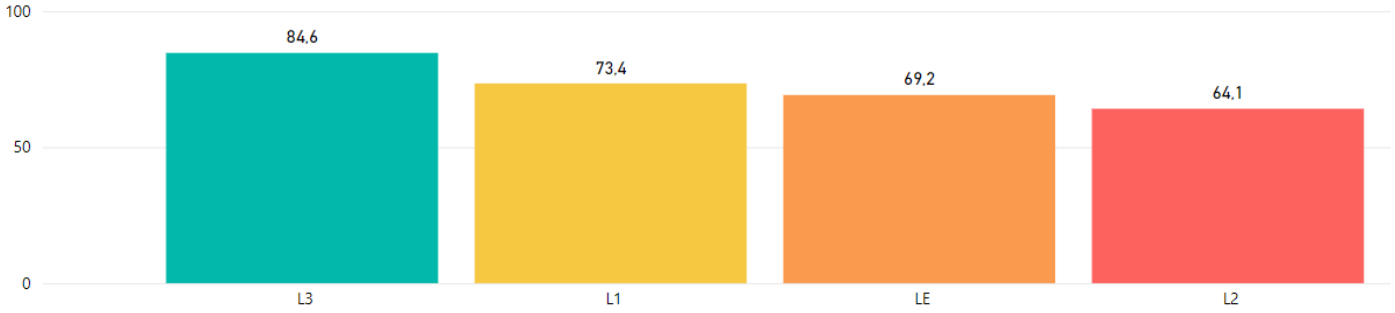
2021



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

2020



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

IV. Evaluación independiente del Sistema de Control Interno

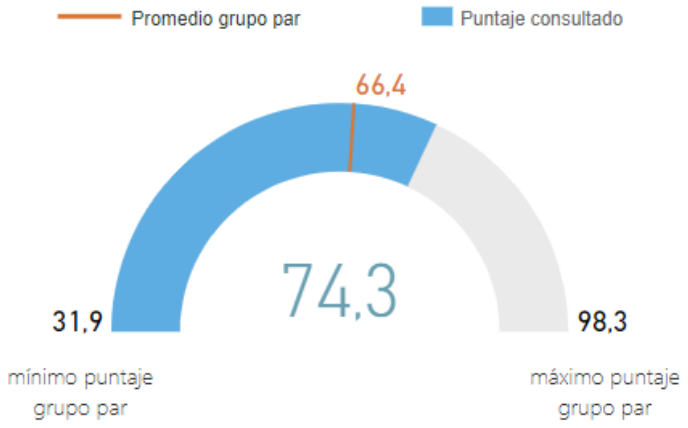
2021

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

2020

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

Política de control interno



4.3 Informe de atención al ciudadano – PQRSD

Análisis de la información de las PQRS

Para el siguiente análisis se toma la información suministrada por el área de Sistema de Información y atención al ciudadano (SIAU), el área jurídica y el área de TIC, donde se pudo establecer que dentro el periodo objeto de la evaluación (tercer trimestre del 2022), presento el siguiente comportamiento en cuanto a los PQRSD.
Se logra evidenciar que, durante el tercer trimestre del 2022, se atendieron un total de **144.118 Usuarios** en las diferentes sedes de la ESE Carmen Emilia Ospina, de los cuales el **0,41%** realizaron algún tipo de petición, quejas, reclamos, solicitudes, sugerencias, denuncias o felicitaciones con respecto a los servicios que se ofrece la ESE CEO.

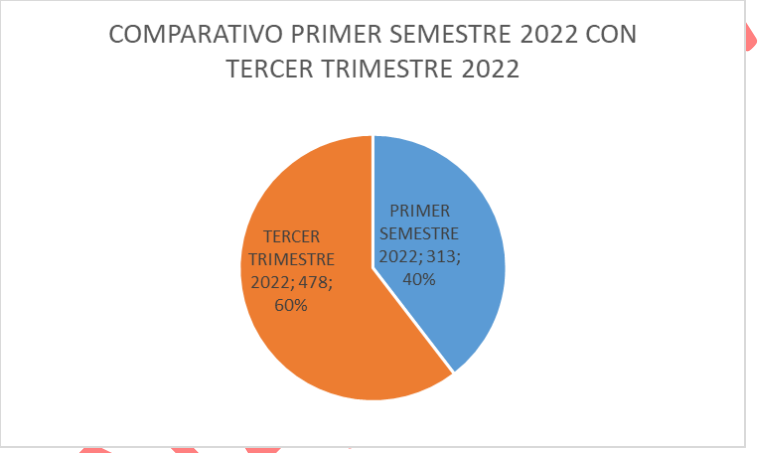
CONSOLIDADO PQRSD SIAU Y JURÍDICA TERCER TRIMESTRE 2022				
MES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
SOLICITUDES RECIBIDAS	160	163	155	478
SOLICITUDES ENVIADAS A OTRA ENTIDAD	0	0	0	0
SOLICITUDES QUE SE LE NEGO EL ACCESO A LA INFORMACION	0	0	0	0

Se logró identificar que, el total de PQRSD recibidas en el tercer trimestre del 2022 fueron **478** manifestaciones, de las cuales **216** fueron recepcionadas en el *área de Sistema de Información y Atención al usuario (SIAU)* y **262** en el *área de Jurídica*. Dichas manifestaciones ingresaron a través de los diferentes canales de comunicación que tienen los usuarios de la ESE CEO, tales como: correo electrónico, Buzón y presencial a través de la ventanilla única de la entidad. Damos a entender el grado alto de satisfacción que hay en la prestación del servicio de salud.

ORIGINAL FIRMADO

MES	Sumatoria de todos los días de respuestas a todas las peticiones del mes	Sumatoria de todas las peticiones radicadas en el mes	promedio
JULIO	938	160	6
AGOSTO	791	163	5
SEPTIEMBRE	782	155	5

Se logra evidenciar que el tiempo de respuesta a las PQRSD que ingresaron a la entidad durante el tercer trimestre del 2022, fueron contestadas en un promedio de 5 a 6 días, todas dentro del término establecido por ley.
Cabe resaltar que todas las solicitudes fueron atendidas y resueltas por la ESE Carmen Emilia Ospina, durante el tercer trimestre del 2022 no se remitió ninguna solicitud a otra entidad. No se presentaron solicitudes donde se les haya negado el acceso a la información.



Por última instancia se puede evidenciar que, en el primer semestre del 2022 con relación al tercer trimestre del 2022, se evidencia un incremento de peticiones del 20%; sin evidenciar ningún proceso de novedad y dando cumplimiento a la totalidad de las respuestas dentro de los términos de ley.
Finalizando el informe se concluye y se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Se observa la buena gestión por parte del Líder del área de SIAU y el área de Jurídica, donde por medio de los canales para la recepción de los PQRSD y FELICITACIONES se detectaron las reclamaciones pertinentes, y así darle identificación al servicio que presentó fallas en el momento de la prestación del servicio ofertado por la E.S.E CEO. Se logra evidenciar la oportunidad de respuesta por el área de SIAU y jurídica a cada una de las PQRSD, dentro de los términos establecidos por ley.

ORIGINAL FIRMADO

2. Se evidencia que las EPS están generando duplicidad en la recepción de las PQRSD al ser enviadas a la ESE Carmen Emilia Ospina, para ello se le sugiere a la líder del área de SIAU enviar un correo informativo a todas las EPS el correo que maneja dicha área, especificando que son quienes le recibirán las solicitudes, con el fin de evitar duplicidad de la información y mantener la confidencialidad de los usuarios.
3. Para el tercer trimestre del 2022, se logró superar la meta establecida en la aplicación de las encuestas de satisfacción al usuario en las sedes de la E.S.E CEO, logrando un 94 a 100% en el indicador de gestión del SIAU.
4. Se recomienda trabajar de forma mancomunada al área de SIA, jurídica y ventanilla única en la forma de recepcionar las diferentes PQRSD realizadas por los usuarios, con el fin de evitar duplicidad de la información.
5. Continuar con los seguimientos pertinentes (autocontrol) a las actividades propias del área de SIAU, Jurídica y ventanilla única, para tomar las medidas para el cumplimiento.

4.4 Evaluación de control interno contable

Mediante el formato el formulario CGN2016_EVALUACION_CONTROL_INTERNO_CONTABLE se reporta la información que se relaciona en la evaluación de Control Interno Contable soportada en la Resolución 706 del 16 de diciembre de 2016 de la Contaduría General de la Nación se realiza el informe anual de Evaluación de Control Interno Contable.

220741001 - E.S.E. Carmen Emilia Ospina
GENERAL
01-01-2021 al 31-12-2021
EVALUACION DE CONTROL INTERNO CONTABLE
CGN2016_EVALUACION_CONTROL_INTERNO_CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACION	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR CRITERIO(Unidad)
1	ELEMENTOS DEL MARCO NORMATIVO			
1.1.1	.....1. LA ENTIDAD HA DEFINIDO LAS POLÍTICAS CONTABLES QUE DEBE APLICAR PARA EL RECONOCIMIENTO, MEDICIÓN, REVELACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS HECHOS ECONÓMICOS DE ACUERDO CON EL MARCO NORMATIVO QUE LE CORRESPONDE APLICAR?	SI	La ESE CEO, aplica las políticas contables de acuerdo a la normatividad, Politicas Contables versión 2. Instructivo 002 de la Contaduría General de la Nación. Resolución 414 de 2014	1,00
1.1.2	.....1.1. SE SOCIALIZAN LAS POLÍTICAS CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO CONTABLE?	SI	Se evidencia la socialización de las políticas contables en la entidad.	
1.1.3	.....1.2. LAS POLÍTICAS ESTABLECIDAS SON APLICADAS EN EL DESARROLLO DEL PROCESO CONTABLE?	SI	La ESE CEO; aplica debidamente las políticas contables para el desarrollo del proceso. Estados financieros vigencia 2021	
1.1.4	.....1.3. LAS POLÍTICAS CONTABLES RESPONDEN A LA NATURALEZA Y A LA ACTIVIDAD DE LA ENTIDAD?	SI	La aplicación de las politicas contables se realizan según la naturaleza y actividad de la Entidad. Politicas contables versión 2.	
1.1.5	.....1.4. LAS POLÍTICAS CONTABLES PROPENDEN POR LA REPRESENTACIÓN FIEL DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA?	SI	En la ESE CEO, se aplican las políticas contables en la elaboración de la información financiera. Estados financieros y balance de prueba vigencia 2021	
1.1.6	.....2. SE ESTABLECEN INSTRUMENTOS (PLANES, PROCEDIMIENTOS, MANUALES, REGLAS DE NEGOCIO, GUÍAS, ETC) PARA EL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LOS HALLAZGOS DE AUDITORÍA INTERNA O EXTERNA?	SI	En la ESE CEO; están establecidos los procedimientos de evaluación y seguimientos CI-S1-P1-V8	1,00
1.1.7	.....2.1. SE SOCIALIZAN ESTOS INSTRUMENTOS DE SEGUIMIENTO CON LOS RESPONSABLES?	SI	Se realiza la socialización de los planes de mejora tanto de auditorías internas como externas, con las personas involucradas.	
1.1.8	.....2.2. SE HACE SEGUIMIENTO O MONITOREO AL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO?	SI	Se realizan los seguimientos programados a los diferentes planes de mejora. Seguimientos planes de mejora (seguimientos planes de mejora nómina, adquisición de bienes - papelería, adquisición de bienes - Equipos biomédicos CAIMI	
1.1.9	.....3. LA ENTIDAD CUENTA CON UNA POLÍTICA O INSTRUMENTO (PROCEDIMIENTO, MANUAL, REGLA DE NEGOCIO, GUÍA, INSTRUCTIVO, ETC.) TENDIENTE A FACILITAR EL FLUJO DE INFORMACIÓN RELATIVO A LOS HECHOS ECONÓMICOS ORIGINADOS EN CUALQUIER DEPENDENCIA?	SI	La ESE CEO, cuenta con los procedimientos necesarios y normativos para facilitar el flujo de información de los hechos contables de las diferentes áreas de la Entidad. Procedimientos Gestión Financiera. Procedimientos de cierre contable mensual y cierre contable anual. Manuales y documentos de apoyo.	1,00
1.1.10	.....3.1. SE SOCIALIZAN ESTAS HERRAMIENTAS CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO?	SI	Se socializan los diferentes formatos actualizados en los subprocesos de contabilidad (Manuales y documentos de apoyo)	
1.1.11	.....3.2. SE TIENEN IDENTIFICADOS LOS DOCUMENTOS IDÓNEOS MEDIANTE LOS CUALES SE INFORMA AL ÁREA CONTABLE?	SI	Se tienen identificados los documentos correspondientes para los procesos contables, procedimiento de cuentas por pagar, tiene identificados los documentos que se deben anexar para gestionar en debida contabilización. Comprobantes de egreso y sus soportes.	
1.1.12	.....3.3. EXISTEN PROCEDIMIENTOS INTERNOS DOCUMENTADOS QUE FACILITEN LA APLICACIÓN DE LA POLÍTICA?	SI	Los procedimientos estan debidamente elaborados, aprobados y socializados para su aplicación. GF-S2-P1-V4 Gestión_cobro_carteras, GF-S4-P5-V3 Cierre_contable_mensual y GF-S6-P2-V4 Pago_por_tesorería	
1.1.13	.....4. SE HA IMPLEMENTADO UNA POLÍTICA O INSTRUMENTO (DIRECTRIZ, PROCEDIMIENTO, GUÍA O LINEAMIENTO) SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS BIENES FÍSICOS EN FORMA INDIVIDUALIZADA DENTRO DEL PROCESO CONTABLE DE LA ENTIDAD?	SI	Se tiene implementado el procedimiento GB-S2-P1-V5 Aquisición_propiedad_planta_equipo	1,00
1.1.14	.....4.1. SE HA SOCIALIZADO ESTE INSTRUMENTO CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO?	SI	Se socializa el instrumento con el personal. Listado de asistencia de la socialización de los procesos y procedimientos con el personal.	
1.1.15	.....4.2. SE VERIFICA LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LOS BIENES FÍSICOS?	SI	Se aplican las politicas y las normas necesarias que hacen posible la verificación de la información, ingresos de activos, el software institucional y evidencias fotográficas.	
1.1.16	.....5. SE CUENTA CON UNA DIRECTRIZ, GUÍA O PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LAS CONCILIACIONES DE LAS PARTIDAS MÁS RELEVANTES, A FIN DE LOGRAR UNA ADECUADA IDENTIFICACIÓN Y MEDICIÓN?	SI	Existe el procedimiento GF-S4-P1-V4 Conciliación_financiera, para el logro de la identificación y medición.	1,00
1.1.17	.....5.1. SE SOCIALIZAN ESTAS DIRECTRICES, GUÍAS O PROCEDIMIENTOS CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO?	SI	Se socializa el procedimiento de conciliación financiera para la vigencia 2021.	
1.1.18	.....5.2. SE VERIFICA LA APLICACIÓN DE ESTAS DIRECTRICES, GUÍAS O PROCEDIMIENTOS?	SI	La verificación se realiza mediante conciliaciones de módulos: Contabilidad, Cartera, Facturación, Contabilidad, Inventarios y presupuesto, tesorería y glosas.	
1.1.19	.....6. SE CUENTA CON UNA DIRECTRIZ, GUÍA, LINEAMIENTO, PROCEDIMIENTO O INSTRUCCIÓN EN QUE SE DEFINA LA SEGREGACIÓN DE FUNCIONES (AUTORIZACIONES, REGISTROS Y MANEJOS) DENTRO DE LOS PROCESOS CONTABLES?	SI	Se cuentan con los procedimientos contables: GF-S4-P2-V4 Cuentas_por_pagar, GF-S4-P5-V3 Cierre_contable_mensual, GF-S4-P4-V4 Cierre_contable-anual	1,00
	.....6.1. SE SOCIALIZA ESTA DIRECTRIZ, GUÍA, LINEAMIENTO, PROCEDIMIENTO O INSTRUCCIÓN CON EL PERSONAL INVOLUCRADO			

reporte pag 1

Con la evaluación de Control Interno Contable se da el siguiente diagnóstico:

FORTALEZAS: La entidad aplica adecuadamente el Marco Normativo de Empresas que no Cotizan en el Mercado de Valores y que no Captan ni Administran Ahorro del Público; igualmente, el área de gestión financiera, aplica las últimas versiones del Catálogo General de Cuentas, Procedimientos y Guía del Marco Normativo expedidos por la Contaduría General de

FIRMADO

la Nación. El personal del área contable está altamente comprometido en el cumplimiento de las actividades a su cargo.

DEBILIDADES: La entidad adquirió un sistema denominado INDIGO, posee el modulo contable, en el que se registran todas las actuaciones contables y se ha detectado que hay error en algunas parametrizaciones, por lo que ha sido necesario realizar actualizaciones, para que su información sea de alta confiabilidad, actualmente la entidad no está utilizando la información exógena que arroja el software, situación que pone en notable riesgo a la Entidad, teniendo en cuenta que se hace de manera manual.

AVANCES Y MEJORAS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO CONTABLE: Se elaboraron en los periodos correspondientes, las conciliaciones por módulo de las diferentes áreas, e igualmente se continua con la contestación oportuna de glosas. Se realizaron actualizaciones en procedimientos, vigencia del 2021, necesarios para el buen funcionamiento de cada área.

RECOMENDACIONES: Continuar el buen manejo de las políticas contables dando cumplimiento a los procedimientos y manuales de la entidad. Continuar con el plan de capacitación programado, dejando las evidencias respectivas. Ejecutar las actualizaciones al sistema INDIGO, hasta lograr el 100% de confiabilidad de la información de la ESE. Mejorar el proceso de socialización con el fin de proporcionar información actualizada y pertinente a las personas y áreas involucradas en el proceso contable.

4.5 Evaluación independiente del sistema de control interno

El Asesor de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública basados en el Decreto 2106 de 2019 en su Artículo 156, teniendo en cuenta los cinco componentes integrados que se relacionan con los objetivos de la ESE Carmen Emilia Ospina.

Si hay un adecuado entorno de control, una metodología de evaluación de riesgos, un sistema de elaboración y difusión de información oportuna y fiable por la ESE CEO y un proceso de monitoreo eficiente, apoyados en actividades de control efectivas, se constituyen en poderosas herramientas gerenciales. Existe una relación directa entre los objetivos de la entidad, los componentes y la estructura organizacional que es representada en forma de cubo de la siguiente manera:

FIRMADO

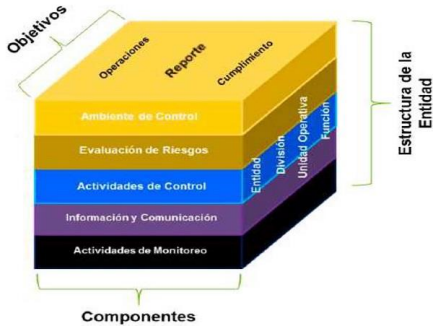


Ilustración 1COSO

AMBIENTE DE CONTROL

El ambiente de control tiene gran influencia en la forma como se desarrollan las operaciones, se establecen los objetivos y se minimizan los riesgos. Tiene que ver igualmente en el comportamiento de los sistemas de información y con la supervisión en general.

EVALUACION DE RIESGOS

Es la identificación y análisis de riesgos relevantes para el logro de los objetivos y la base para determinar la forma en que tales riesgos deben ser mejorados. Así mismo, se refiere a los mecanismos necesarios para identificar y manejar riesgos específicos asociados con los cambios, tanto los que influyen en el entorno de la organización como en su interior. En toda entidad, es indispensable el establecimiento de objetivos tanto globales de la organización como de actividades relevantes, obteniendo con ello una base sobre la cual sean identificados y analizados los factores de riesgo que amenazan su oportuno cumplimiento.

ACTIVIDADES DE CONTROL

Son aquellas que realiza la gerencia y demás personal de la entidad para cumplir diariamente con las actividades asignadas. Estas actividades están expresadas en las políticas, sistemas y procedimientos. Las actividades de control tienen distintas características. Pueden ser manuales o computarizadas, administrativas u operacionales, generales o específicas, preventivas o detectivas. Las actividades de control son importantes no solo porque en sí mismas implican la forma correcta de hacer las cosas, sino debido a que son el medio idóneo de asegurar en mayor grado el logro de objetivos.

INORMACION Y COMUNICACIÓN

Están dispersos en todo el ente y todos ellos atienden a uno o más objetivos de control. De manera amplia, se considera que existen controles generales y controles de aplicación sobre los sistemas de información. La información generada internamente, así como aquella que se refiere a eventos acontecidos en el exterior, es parte esencial de la toma de decisiones, así como en el seguimiento de las operaciones. La información cumple con distintos propósitos a diferentes niveles.

FINAL FIRMADO

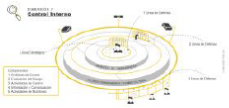
MONITOREO

El seguimiento o monitoreo evalúa la eficacia de la ejecución del control interno en el tiempo y su objetivo es asegurarse de que los controles trabajen adecuadamente o, en caso contrario, tomar las medidas correctivas necesarias. El seguimiento le permite a la dirección de la empresa saber si los controles internos son eficaces, están implementados adecuadamente, se usan y se cumplen diariamente, o si necesita modificaciones o mejoras.

A continuación, se relacionan los semestres SEGUNO del 2021 y PRIMEO del 2022 con sus fortalezas y debilidades con respecto a cada uno de los componentes del sistema de control interno.

SEGUNDO SEMESTRE 2021

Nombre de la Entidad:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
Periodo Evaluado:	JULIO A DICIEMBRE DEL 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	90%

Conclusion general sobre la evaluacion del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (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 segundo semestre de la vigencia del 2021 y de acuerdo con los lineamientos que impartió el Departamento Administrativo de la Función Pública, arrojó un nivel de operatividad de los componentes del 88%, 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
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se considera que una vez evaluado el sistema de control Interno de la ESE Carmen Emilia Ospina, este ese 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 institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (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 permitirán 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.

- **AMBIENTE DE CONTROL: 98%**

  FORTALEZAS: - La entidad continúa demostrado el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, ha puesto en marcha el código de integridad socializándolo a través de diferentes medios.

  - Se tiene establecida la estructura, facultades y responsabilidades en cada uno de los procesos con el fin de asignar roles y autoridad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de reporte.

  - El área de talento humano está comprometido con el plan de capacitación y bienestar social, dando cumplimiento a directrices impartidas en ellas.

  - Se tiene estructurada toda la planeación estratégica, acciones, responsables, metas, tiempos, indicadores de cumplimiento que faciliten el seguimiento y aplicación de controles.

  - Se empezó a implementar los mecanismos para el manejo de conflictos de interés

  - Se documentó las 3 líneas de defensa bajo el esquema de la política de gestión de riesgo - GE-S1- D11- V4-DEL 29-04-2021.

ORIGINAL

- Se actualizo las políticas para la administración del riesgo conforme a la guía de la función pública última versión. GE-S1-D11- V4-DEL 29-04-2021 -POLITICA PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO.

DEBILIDADES: -Se encuentra en proceso la actualización del manual de funciones.

- **EVALUACIÓN DE RIESGOS: 91%**

FORTALEZAS: - Se continua con el buen proceso de monitorear los riesgos conforme a lo establecido en el mapa de riesgo por procesos, mapa de riesgo de corrupción y plan anticorrupción, observando el compromiso que tiene la primera línea de defensa para el cumplimiento de las metas establecidas en ellos.

- La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.
- Se actualizo las políticas para la administración del riesgo conforme a la guía de la función pública última versión. GE-S1-D11- V4-DEL 29-04-2021 -POLITICA PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO.
- Actualización de la matriz de riesgo de gestión, corrupción y sistemas GE-S1-F06-V1
- Actualización de Calificación Del Impacto De Riesgo De Corrupción GE-S1-F05-v1

DEBILIDADES: -Falta mayor compromiso de la segunda línea de defensa para la implementación y seguimiento del riesgo por procesos, de corrupción e informáticos.

- **ACTIVIDADES DE CONTROL: 90%**

FORTALEZA: - Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad realiza adecuada división de funciones.

- La entidad cuenta con manual de funciones, con mapa de procesos, con estructura organizacional, el cual facilita la división de funciones en diferentes personas.
- Se cuenta con una política establecida y mapa de riesgo con su seguimiento cuatrimestral, de acuerdo con la normatividad vigente. También se monitorea los riesgos a subprocesos de forma anual.

DEBILIDADES: - Falta de actualización de los controles frente a la gestión de riesgo conforme a las nuevas políticas de riesgo y matriz de riesgo - GE-S1-D11- V4-DEL 29-04-2021 -POLITICA PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO.

- Falta de articulación de la segunda línea de defensa (área de planeación) para el monitoreo de la efectividad de los controles frente a la gestión de riesgo.

- **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: 75%**

FORTALEZAS: - La información se encuentra debidamente inventariada en el archivo digital del área. Fotografías, diseños, boletines, videos, información institucional entre otras. Ruta: Equipo, Datos H, Remositori. La actualización se realiza de forma permanente tanto en el archivo digital, a través de página web, Intranet, redes sociales y en carteleras físicas también.

- Se cuenta con los sistemas de información (índigo- SIMAD-Intranet) cada uno tiene sus manuales donde especifica el mecanismo para desarrollar la actividad y su actualización.
- La entidad se encuentra realizando la actualización de la página WEB, con relación a transparencia y acceso a la información Pública. (se ha actualizado el tema de máxima velocidad, información covid19, ajustes generales de la página).
- Se cuenta con procedimientos y herramientas tecnológicas que permiten tener información confiable, integra y segura de acuerdo con los roles y responsabilidades establecidas.
- Se maneja una constante comunicación a través de la página web y redes sociales de temas relevantes y de interés al ciudadano.
- La entidad cuenta con lenguaje de señas y audio en la página WEB para una comunicación efectiva.

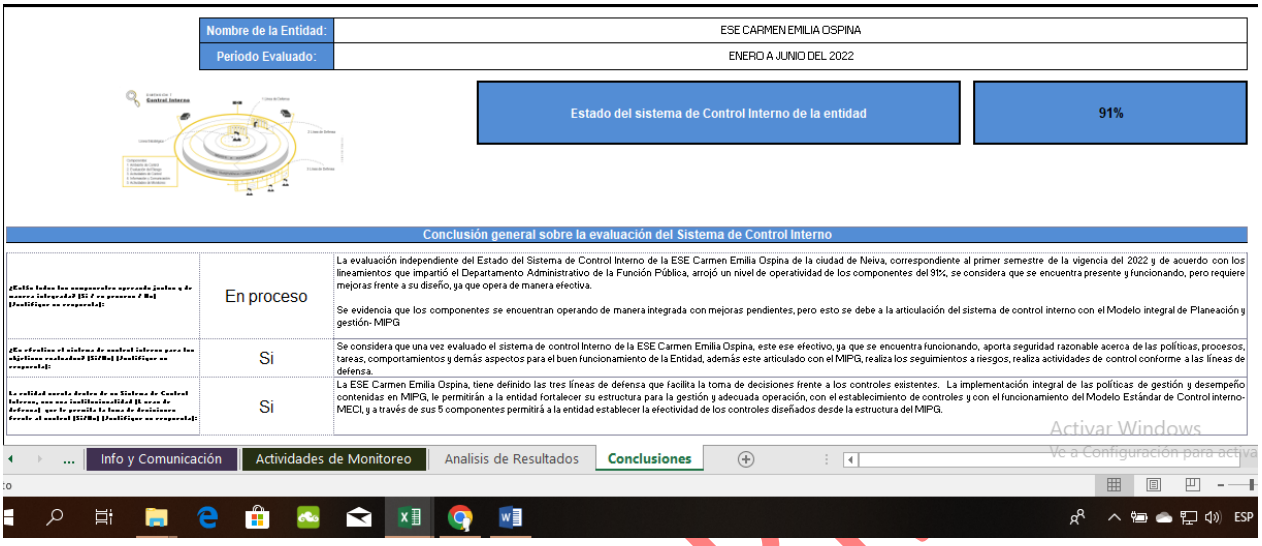
DEBILIDADES: - Actualización de tablas de retención para mejorar la gestión del sistema de información de la entidad.
- Falencia en la actualización y medición permanente de la información que se sube a ley de transparencia.
- Actualización de los riesgos de seguridad digital.
- Gestión de la información que asegura la conservación de la memoria institucional y la evidencia en la defensa jurídica de la entidad

- **MONITOREO:98%**

FORTALEZAS: - El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno periódicamente evalúa los resultados de los informes presentados por la Oficina de Control Interno, según ejecución del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos vigente
- Implementación de procedimiento para el seguimiento y evaluación de la gestión y monitoreo continuo por parte de la 2a. Línea de Defensa
- Evaluación de la información de percepción de los servicios (PQRS) para la mejora del sistema de control interno de la entidad.
- Evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento producto de auditorías y seguimientos por parte de la Oficina de Control Interno.
- Seguimiento a informes de Ley
- Cumplimiento del plan de acción y plan anual de auditorías de la vigencia 2021.

DEBILIDADES: - Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan.
- Implementación del nuevo formato de riesgo de gestión.
- Actualización del manual de auditoria
- Autodiagnóstico de la política de Control Interno vigencia 2021.

PRIMER SEMESTRE 2022



Nombre de la Entidad:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
Periodo Evaluado:	ENERO A JUNIO DEL 2022

Estado del sistema de Control Interno de la entidad	91%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? [Si / en proceso / No] [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 2022 y de acuerdo con los lineamientos que impartió el Departamento Administrativo de la Función Pública, arrojó un nivel de operatividad de los componentes del 91%, 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
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? [Si/No] [Justifique su respuesta]:	Si	Se considera que una vez evaluado el sistema de control Interno de la ESE Carmen Emilia Ospina, este ese 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 calidad y cantidad de los controles de un Sistema de Control Interno, son una condicionalidad [Si/No] [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 permitirán 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.

Info y Comunicación | Actividades de Monitoreo | Analisis de Resultados | Conclusiones

- **AMBIENTE DE CONTROL: 93%**

  FORTALEZAS: - La entidad continúa demostrado el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, ha puesto en marcha el código de integridad socializándolo a través de diferentes medios.
  - Se tiene establecida la estructura, facultades y responsabilidades en cada uno de los procesos con el fin de asignar roles y autoridad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de reporte.
  - El área de talento humano está comprometido con el plan de capacitación y bienestar social, dando cumplimiento a directrices impartidas en ellas.
  - Se tiene estructurada toda la planeación estratégica, acciones, responsables, metas, tiempos, indicadores de cumplimiento que faciliten el seguimiento y aplicación de controles.
  - Se empezó a implementar los mecanismos para el manejo de conflictos de interés
  - Se orientó al personal de planta y contratistas para la elaboración del curso de integridad.

  DEBILIDADES: - Se encuentra en proceso de aplicación de la ley 2013 de 2019, para que los contratistas diligencien la declaración de bienes y rentas y conflicto de interés.

- **EVALUACIÓN DE RIESGOS: 94%**

  FORTALEZAS: - Se continua con el buen proceso de monitorear los riesgos conforme a lo establecido en el mapa de riesgo por procesos, mapa de riesgo de corrupción y plan anticorrupción, observando el compromiso que tiene la primera línea de defensa para el cumplimiento de las metas establecidas en ellos.
  - La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.

ORIGINAL FIRMADO

DEBILIDADES: - Falta de implementación y actualización de los riesgos conforme a la nueva matriz.
- Falta mayor compromiso de la segunda línea de defensa para la implementación y seguimiento del riesgo por procesos, de corrupción e informáticos.

- **ACTIVIDADES DE CONTROL: 90%**

FORTALEZAS: - Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad realiza adecuada división de funciones.
- La entidad cuenta con manual de funciones, con mapa de procesos, con estructura organizacional, el cual facilita la división de funciones en diferentes personas.
- Se cuenta con una política establecida y mapa de riesgo con su seguimiento cuatrimestral, de acuerdo con la normatividad vigente. También se monitorea los riesgos a subprocesos de forma anual.

DEBILIDADES: - Falta de articulación de la segunda línea de defensa (área de planeación) para el monitoreo de la efectividad de los controles frente a la gestión de riesgo.

- **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: 80%**

FORTALEZAS: - La información se encuentra debidamente inventariada en el archivo digital del área. Fotografías, diseños, boletines, videos, información institucional entre otras. Ruta: Equipo, Datos H, Remositori. La actualización se realiza de forma permanente tanto en el archivo digital, a través de página web, Intranet, redes sociales y en carteleras físicas también.
- Se cuenta con los sistemas de información (índigo- SIMAD-Intranet) cada uno tiene sus manuales donde especifica el mecanismo para desarrollar la actividad y su actualización.
- La entidad se encuentra realizando la actualización de la página WEB, con relación a transparencia y acceso a la información Pública. (se ha actualizado el tema de máxima velocidad, información covid19, ajustes generales de la página).
- Se cuenta con procedimientos y herramientas tecnológicas que permiten tener información confiable, integra y segura de acuerdo con los roles y responsabilidades establecidas.
- Se maneja una constante comunicación a través de la página web y redes sociales de temas relevantes y de interés al ciudadano.
- La entidad cuenta con lenguaje de señas y audio en la página WEB para una comunicación efectiva.

DEBILIDADES: - Actualización de tablas de retención para mejorar la gestión del sistema de información de la entidad.
- Falencia en la actualización y medición permanente de la información que se sube a ley de transparencia.
- Actualización de los riesgos de seguridad digital.

- Gestión de la información que asegura la conservación de la memoria institucional y la evidencia en la defensa jurídica de la entidad

- **MONITOREO:98%**

FORTALEZAS: - El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno periódicamente evalúa los resultados de los informes presentados por la Oficina de Control Interno, según ejecución del Plan Anual de Auditorías y Seguimientos vigente
- Implementación de procedimiento para el seguimiento y evaluación de la gestión y monitoreo continuo por parte de la 2a. Línea de Defensa
- Evaluación de la información de percepción de los servicios (PQRS) para la mejora del sistema de control interno de la entidad.
- Evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento producto de auditorías y seguimientos por parte de la Oficina de Control Interno.
- Seguimiento a informes de Ley
- Cumplimiento del plan de acción y plan anual de auditorías de la vigencia 2022.

DEBILIDADES: - Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan.
- Implementación del nuevo formato de riesgo de gestión.
- Actualización del manual de auditoria
- Autodiagnóstico de la política de Control Interno vigencia 2022.

4.6 Informe de Austeridad del gasto

-Según los resultados del presente informe, es importante continuar con las estrategias, medidas y controles que permitan las reducciones para la vigencia en estudio, todos los incrementos se han visto abocados porque esta situación no ha sido típica dentro del desarrollo del ejercicio de la ESE, aunque las acciones por la pandemia han disminuido, se han elaborado estrategias para reducir esos gastos que se incurrieron frente a otros periodos analizados, los incrementos se continúan también debido a que lo sucedido ha hecho que todo tenga un incremento un su costo de adquisición, se continua con los servicios por parte del personal de la salud, en ningún momento la población vulnerable “ciudadanía”, ha tenido un desmejoramiento en los servicios prestados por la ESE Carmen Emilia Ospina y se están restableciendo los servicios.

-Continuar con campañas como las que realiza el área de Gestión Ambiental, seguir con las campañas ambientales sensibilizando a todo el personal de poner en práctica acciones cotidianas, para el apagado de equipos y luminarias, cuando no se estén utilizando y al finalizar la jornada laboral, para lograr disminuir su consumo, pues en el primer trimestre del año 2022, hubo una disminución a pesar de los incrementos tarifarios, estas políticas deben realizarse de forma general sobre toda la ESE

ORIGINAL

CARMEN EMILIA OSPINA y que todos tengan claros esta prioridad del buen manejo del ahorro de los servicios públicos.
-El área de Control Interno continúa, verificando, revisando y analizado, las buenas prácticas para la austeridad en el gasto, con el objetivo de brindar las herramientas necesarias a la gerencia de tomar las correspondientes decisiones.
-Se debe seguir teniendo cuidado con el crecimiento de los gastos, se deben seguir manejando en la misma proporción y solo tener en cuenta las prioridades, ya que con el problema que se tiene se ve muy afectada la economía, los ingresos ya comienzan a tener su normal generación de su actividad, es decir los servicios se están volviendo a implementar, la cartera se está manejando de una buena forma, es ágil, se están realizando todos los protocolos para hacerla efectiva, mejorando el flujo de caja, mejorando con los pagos y/o obligaciones existentes.
-Poder cumplir con las normas establecidas

-Según los resultados del presente informe, es importante continuar con las estrategias, medidas y controles que permitan las reducciones para la vigencia en estudio, todos los incrementos se han visto abocados porque esta situación no ha sido típica dentro del desarrollo del ejercicio de la ESE, se han elaborado estrategias para reducir esos gastos que se incurrieron frente a otros periodos analizados, los incrementos se continúan también debido a que lo sucedido ha hecho que todo tenga un incremento un su costo de adquisición, se continua con los servicios por parte del personal de la salud, en ningún momento la población vulnerable “ciudadanía”, ha tenido un desmejoramiento en los servicios prestados por la ESE Carmen Emilia Ospina y se están restableciendo los servicios.

-Continuar con campañas como las que realiza el área de Gestión Ambiental, seguir con las campañas ambientales sensibilizando a todo el personal de poner en práctica acciones cotidianas, para el apagado de equipos y luminarias, cuando no se estén utilizando y al finalizar la jornada laboral, para lograr disminuir su consumo, pues en el segundo trimestre del año 2022, hubo una disminución a pesar de los incrementos tarifarios, estas políticas deben realizarse de forma general sobre toda la ESE CARMEN EMILIA OSPINA y que todos tengan claros esta prioridad del buen manejo del ahorro de los servicios públicos.

-El área de Control Interno continúa, verificando, revisando y analizado, las buenas prácticas para la austeridad en el gasto, con el objetivo de brindar las herramientas necesarias a la gerencia de tomar las correspondientes decisiones.
-Se debe seguir teniendo cuidado con el crecimiento de los gastos, se deben seguir manejando en la misma proporción y solo tener en cuenta las prioridades, ya que con el problema que se tiene se ve muy afectada la economía, los ingresos ya comienzan a tener su normal generación de su actividad, es decir los servicios se están volviendo a implementar, la cartera se está manejando de una buena forma, es ágil, se están

ORIGINAL FIRMADO

realizando todos los protocolos para hacerla efectiva, mejorando el flujo de caja, mejorando con los pagos y/o obligaciones existentes.

-Durante el periodo respectivo se presentaron disminuciones considerables en arrendamientos, comunicaciones y transporte, materiales y suministros y gastos de personal diversos, es importante continuar aplicando las recomendaciones de austeridad y eficiencia del gasto para alcanzar mayores disminuciones en los próximos periodos.

-Poder cumplir con las normas establecidas

4.6.1 OTRAS ACTIVIDADES CON ENFOQUE A LA PREVENCION

4.6.1.1 Seguimiento al reporte de informes de ley según normograma institucional

Con relación al seguimiento que se le realizo al reporte de informes de ley según el normograma institucional se tuvo en cuenta el registro en formato de seguimientos para recordar hacerle el seguimiento al cargue oportuno según su periodicidad establecido por cada plataforma en la que se tenía que rendir.

INFORMES DE LEY [Vista protegida] - Excel (Error de activación de productos)

A9 | PLANEACION

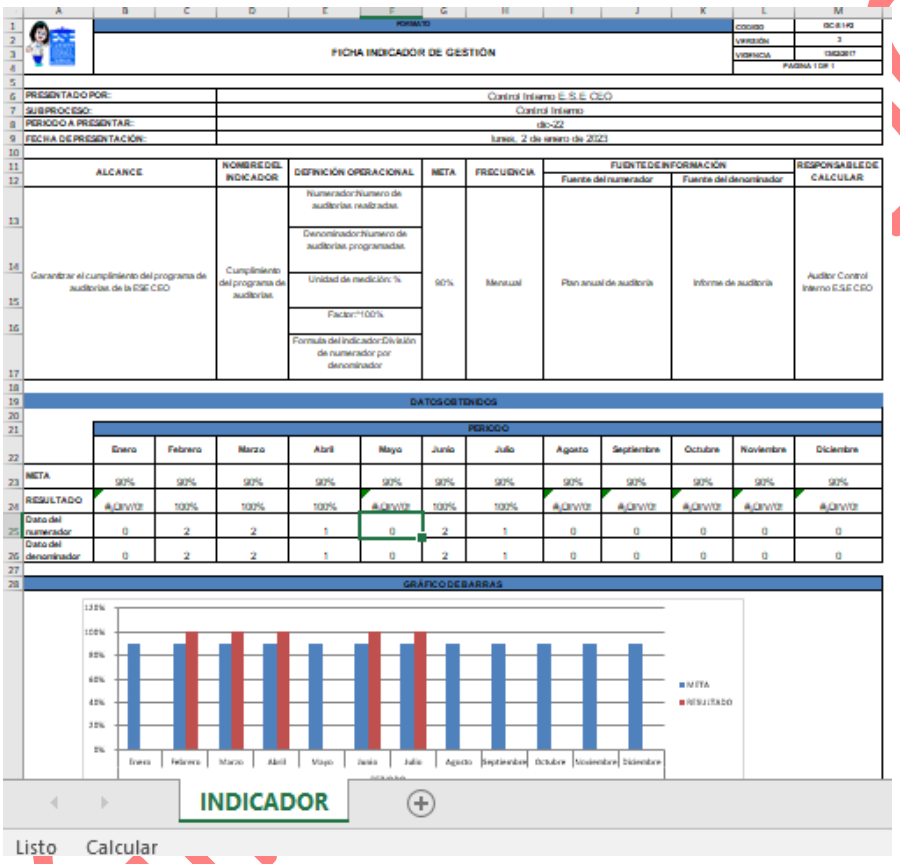
FORMATO

SUBPROCESO	ESPECIFIDAD	JERARQUIA	NORMA	AÑO	EMISOR	NOMBRE DEL INFORME (Conforme a la Normatividad vigente)	PERIODICIDAD (Mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral, anual)	PLATAFORMA (REPS, SISPRO, VEB, SIA, CHIP, etc)	Fecha Límite de Presentación por Norma en la Vigencia 2020											
									E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	PLAN DE ACCION	LEY	1474	2011	CONGRESO DE LA REPUBLICA	PLAN DE ACCION Art. 74	**ANUAL** al 31 de enero	PAGINA VEB DE LA ESE	31											
	EVALUACION DEL INFORME ANUAL SOBRE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION DEL GERENTE	RESOLUCION	743	2013	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	EVALUACION ANUAL SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE GESTION DE GERENTE	**ANUAL** al 1 de Abril	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL				1								
	DERCRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD (COMMPILA 2150)	DECRETO	780	2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Formulario "Datos generales"	**ANUAL**- A MAS TARDAR EL 30 DE ABRIL	SIHO				30								
							TRIMESTRAL A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DEL TRIMESTRE			14			15			14			14	
						Formato F12: Proyectos de inversión	**ANUAL**	PLATAFORMA SIA		28										

ORIGINAL FIRMADO

4.6.1.1.1 Medición del indicador de la OCI

4.6.1.1.2 INDICADORES DE CALIDAD



FICHA INDICADOR DE GESTIÓN

PRESENTADO POR:	Control Interno E.S.E. CEO
SUBPROCESO:	Control Interno
PERIODO A PRESENTAR:	dic-22
FECHA DE PRESENTACIÓN:	lunes, 2 de enero de 2023

ALCANCE	NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	META	FRECUENCIA	FUENTE DE INFORMACIÓN: Fuente del numerador	FUENTE DE INFORMACIÓN: Fuente del denominador	RESPONSABLE DE CALCULAR
Garantizar el cumplimiento del programa de auditorías de la ESE CEO	Cumplimiento del programa de auditorías	Numerador: Número de auditorías realizadas. Denominador: Número de auditorías programadas. Unidad de medición: % Factor: *100% Formula del indicador: División de numerador por denominador	90%	Mensual	Plan anual de auditoría	Informe de auditoría	Auditor Control Interno ESE CEO

DATOS OBTENIDOS

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
RESULTADO	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Dato del numerador	0	2	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0
Dato del denominador	0	2	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0

GRÁFICO DE BARRAS

ORIGINAL

4.6.1.1.3 INDICADORES DE PLANEACION

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA

PLAN DE ACCIÓN 2022 - OFICINA DE CONTROL INTERNO

OBJETIVOS CORPORATIVOS	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	METAS	INDICADORES	METAS PLAN DESARROLLO 2021-2024	META EJECUTADA 2022	OBSERVACIONES DE ENERO A DICIEMBRE
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	100%	100%	[illegible]
	[illegible]		[illegible]	[illegible]	100%	100%	[illegible]
			[illegible]	[illegible]	100%	100%	[illegible]
			[illegible]	[illegible]	100%	100%	[illegible]

[illegible]

Página 1

Página 2

4.6.1.1.4 INDICADORES DE GESTION

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

INDICADORES PLAN DE GESTION 2020-2023

INDICADORES Y ESTÁNDARES POR ÁREA DE GESTIÓN									ÁREA RESPONSABLE	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO
ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA 2020	2021	2022	2023		1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE
FINANCIERA ADMINISTRA	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud	Plano cumplimiento	Plano cumplimiento	Plano cumplimiento	Plano cumplimiento	Plano cumplimiento	Plano cumplimiento	CONTROL INTERNO JAIBER SÁNCHEZ CRUZ	Conforme al seguimiento que el área de Control Interno realiza a la oportunidad de cargue de la información de la circular única de la supersalud y revisadas las evidencias por los líderes responsables; se observa que durante el primer trimestre (enero-marzo); se verificó el cumplimiento de algunos de los formatos; toda vez que a la fecha no sabemos a que categoría pertenece la institución. (circular externa 20211700000005-5 del 2021)	Conforme al seguimiento que el área de Control Interno realiza a la oportunidad de cargue de la información de la Circular Única Indicador 10; a la plataforma de la Superintendencia Nacional de la Salud y revisadas la evidencias enviadas por los líderes responsables y la plataforma, se observa que durante el segundo trimestre de abril a junio de 2022; se verificó el cumplimiento de los formatos habilitados para el reporte durante el trimestre; cumpliendo a cabalidad con el reporte, en los términos establecidos.	Que, conforme al seguimiento que el área de Control Interno realiza a la oportunidad de cargue de la información de la Circular Única Indicador 10; a la plataforma de la Superintendencia Nacional de la Salud y revisadas la evidencias enviadas por los líderes responsables y la plataforma, se observa que durante el tercer trimestre de julio a septiembre de 2022; se verificó el cumplimiento de los formatos habilitados para el reporte durante el trimestre; cumpliendo a cabalidad con el reporte, en los términos	Que, conforme al seguimiento que el área de Control Interno realiza a la oportunidad de cargue de la información de la Circular Única Indicador 10; a la plataforma de la Superintendencia Nacional de la Salud y revisadas la evidencias enviadas por los líderes responsables y la plataforma, se observa que durante el cuarto trimestre de octubre a diciembre de 2022; se verificó el cumplimiento de los formatos habilitados para el reporte durante el trimestre; cumpliendo a cabalidad con el reporte, en los términos establecidos.
										Conforme al seguimiento que el área de Control Interno realiza a la oportunidad del reporte de la información al decreto 2193 [illegible]	Conforme al seguimiento que el área de Control Interno realiza a la oportunidad del reporte de la información al decreto [illegible]	Que, conforme al seguimiento que el área de Control Interno realiza a la oportunidad del reporte de la información al [illegible]	Que, conforme al seguimiento que el área de Control Interno realiza a la oportunidad del reporte de la información al decreto [illegible]

Hoja2

Página

ORIGINAL

4.6.1.2 Acompañamiento a inventarios de insumos y suministros, propiedad planta y equipo

El objetivo principal de esta actividad es verificar que los insumos, suministros, activos fijos y demás elementos ingresados al almacén principal y a cada uno de los sub-almacenes se encuentren debidamente contabilizados, costeados y cargados en el sistema de información contable y garantizar la gestión adecuada de los mismos dentro de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, este procedimiento aplica para cada una de las sedes.
El 31 de mayo se da inicio con este proceso con la apertura al inventario de insumos y suministros del primer semestre con el siguiente cronograma:

CRONOGRAMA DE INVENTARIO JUNIO 2022

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
29	30	31	1	2	3	4
			HOSPITALIZACION CANAIMA	ANALISIS	INVENTARIO URGENCIAS CANAIMA	
5	6	7	8	9	10	11
	INVENTARIO INSUMOS LABORATORIO Y COMODATOS PALMAS	APOYO ADMINISTRATIVO	INVENTARIO BIOMEDICO, COMPUTO Y REPUESTOS ODONTOLOGIA	INVENTARIO URGENCIAS Y UNIDAD MATERNA GRANJAS	ANALISIS	
12	13	14	15	16	17	18
	INVENTARIO URGENCIAS IPC-HOSPITALIZACION	ANALISIS	INVENTARIO FERRETERIA GENERAL Y FERRETERIA ELECTRICA	INVENTARIO PAPELERIA PALMAS	APOYO ADMINISTRATIVO	
19	20	21	22	23	24	25
	FESTIVO	INVENTARIO MEDICO QUIRURGICO, ODONTOLOGICO PALMAS	ANALISIS	INVENTARIO URGENCIAS PALMAS	ANALISIS	
26	27	28	29	30	1	2
	FESTIVO	INVENTARIO ESTERILIZACIÓN CANAIMA	APOYO ADMINISTRATIVO	APOYO ADMINISTRATIVO		
3	4	NOTAS: SE DA INICIO A LOS INVENTARIOS A LAS 8:00 AM LOS INVENTARIOS	SE LE RECOMIENDA A LOS SERVCIOS SUSPENDER LOS MOVIMIENTOS ANTES DE LA REALIZACION DE LOS INVENTARIOS.			

El 19 de Julio se da cierre a este inventario donde según supervisión se realizó reconteo del inventario señalado puesto que faltaron insumos de los cuales se realizó reposición evidenciado fotográficamente en acta de cierre, de igual forma se realizaron ajustes de inventarios 0467 y 471 que por errores en la elaboración se realiza corrección de ajuste 489.
De igual manera se realizó acompañamiento al inventario de propiedad planta y equipos-activos fijos dando la apertura el dia… e iniciando el 19 de septiembre, inventario programado para 4 meses de septiembre a diciembre, con los siguientes cronogramas:

ORIGINAL

Septiembre 2022

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE CANAIMA. ADMINISTRATIVO 1 PISO	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE CANAIMA. ADMINISTRATIVO 2 PISO	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE CANAIMA. ODONTOLOGIA	
25	26	27	28	29	30	1
	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE CANAIMA. SIAU,REFERENCIA,DIGITALZIACION FACTURACION,PSICOLOGIA	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE CANAIMA. C.EXTERNA,VACUANCION,FACTURACION C.EXTERNA,LABORATORIO	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE CANAIMA. BODEGA IAMI, BODEGA PYP, COORDINACION PAI, CONTROL INTERNO	
2	3	NOTAS				

Octubre 2022

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
25	26	27	28	29	30	1
2	3	4	5	6	7	8
	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE CANAIMA. MANTENIMIENTO,CONVENIO	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE CANAIMA. HOSPITALIZACION,ESTERILIZACION, FARMACIA.	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE CANAIMA. URGENCIAS,FACTURACION URGENCIAS.	
9	10	11	12	13	14	15
	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE SANTA ISABEL ARCHIVO CENTRAL	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE BODEGA CANAIMA.	ANALISIS	
16	17	18	19	20	21	22
	FESTIVO	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE IPC. URGENCIAS	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE IPC. C.EXTERNA,ODONTLOGI	ANALISIS	
23	24	25	26	27	28	29
	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE IPC. ADMNISTRATIVO,FARMACIA,FACTURACION,LAB	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE PALMAS. URGENCIAS.FACTURACION URGENCIAS	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE PALMAS. C.EXTERNA, SIAU,FACTURACION	
30	31	NOTAS				
	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE PALMAS. ODONTOLOGIA,VACUNA					

OK

Noviembre 2022

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
30	31	1	2	3	4	5
		ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE PALMAS. LABORATORIO	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE PALMAS. ALMACEN	
6	7	8	9	10	11	12
	FESTIVO	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE SIETE DE AGOSTO TOMA DE MUESTRA,FACTURACION,ECOGRAFIA,HIGENISTAS	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE SIETE DE AGOSTO C.EXTERNA,VACUNACION, SIAU,FARMACIA, SISTEMA.	ANALISIS	
13	14	15	16	17	18	19
	FESTIVO	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE GRANJAS URGENCIAS,PARTOS O UNIDAD MATERNA)	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE GRANJAS CONSULTA EXTERNA, FARMACIA,SIAU, FACTURACION.	ANALISIS	
20	21	22	23	24	25	26
	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE GRANJAS TOMA DE MUESTRA LABORATORIO,	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE GRANJAS ODONTOLOGIA,VACUNACION.	ANALISIS	CAIMI	ANALISIS	
27	28	29	30	1	2	3
	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE EDUARDO SANTOS SIAU,FACTURACION,FARMACIA, SISTEMA, VACUNACION	ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS SEDE EDUARDO SANTOS CONSULTA EXTERNA, ODONTOLOGIA			

Diciembre 2022

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
27	28	29	30	1	2	3
				ANALISIS	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS ZONA ORIENTE RURAL. VEGALARGA,CEDRAL,PIEDRA MERCADA, COLEGIO,SAN ANTONIO,PALACIO,PALESTINA	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS ZONA ORIENTE RURAL. SANTA HELENA
4	5	6	7	8	9	10
	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS ZONA NORTE RURAL. FORALECILLAS.	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS ZONA NORTE RURAL. GUACIRCO,PEÑAS BLANCAS,SAN FRANCISCO,SAN JORGE,DIVINO NIÑO.	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS ZONA NORTE RURAL. SAN LUIS,CHAPINERO,AIPECITO	INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS ZONA SUR RURAL. CAGUAN, TRIUNFO, CHAPURO.		
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Diciembre 2022

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
27	28	29	30	1	2	3
					INVENTARIO URGENCIAS PALMAS	APOYO ADMINISTRATIVO
4	5	6	7	8	9	10
	INVENTARIO URGENCIAS IPC	APOYO ADMINISTRATIVO	INVENTARIO URGENCIAS GRANJAS Y UNIDAD MATERNA GRANJAS	FESTIVO	APOYO ADMINISTRATIVO	
11	12	13	14	15	16	17
	APOYO ADMINISTRATIVO	INVENTARIO FERRETERÍA GENERAL Y ELÉCTRICO	INVENTARIO REPUESTOS DE COMPUTO	INVENTARIO URGENCIAS CANAIMA	INVENTARIO HOSPITALIZACIÓN CANAIMA	
18	19	20	21	22	23	24
	INVENTARIO DE PAPELERÍA	INVENTARIO REPUESTOS ODONTOLÓGICOS Y REPUESTOS BIOMÉDICOS	INVENTARIO LABORATORIO DE COMODATO Y LABORATORIO DE INSUMOS	INVENTARIO INSUMOS ODONTOLÓGICOS	NO LABORAL	
25	26	27	28	29	30	31
	INVENTARIO MEDICO-QUIRÚRGICO	APOYO ADMINISTRATIVO	INVENTARIO VEGALARGA INVENTARIO SAN LUIS	APOYO ADMINISTRATIVO	NO LABORAL	

Para darle cumplimiento a los dos inventarios del año de insumos y suministros se realiza apertura al inventario del segundo semestre el 01 de diciembre con el siguiente cronograma

Dada la necesidad se realiza reajuste al cronograma así:

Diciembre 2022

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
27	28	29	30	1	2	3
					INVENTARIO URGENCIAS PALMAS	APOYO ADMINISTRATIVO
4	5	6	7	8	9	10
	INVENTARIO URGENCIAS IPC	APOYO ADMINISTRATIVO	INVENTARIO URGENCIAS GRANJAS Y UNIDAD MATERNA GRANJAS	FESTIVO	APOYO ADMINISTRATIVO	
11	12	13	14	15	16	17
	INVENTARIO VEGALARGA	INVENTARIO SAN LUIS	INVENTARIO FERRETERÍA GENERAL Y ELÉCTRICO	INVENTARIO URGENCIAS CANAIMA	INVENTARIO HOSPITALIZACIÓN CANAIMA	
18	19	20	21	22	23	24
	INVENTARIO DE PAPELERÍA	INVENTARIO REPUESTOS ODONTOLÓGICOS Y REPUESTOS BIOMÉDICOS	INVENTARIO REPUESTOS DE COMPUTO	INVENTARIO LABORATORIO DE COMODATO Y LABORATORIO DE INSUMOS	NO LABORAL	
25	26	27	28	29	30	31
	INVENTARIO MEDICO-QUIRÚRGICO	APOYO ADMINISTRATIVO	INVENTARIO INSUMOS ODONTOLÓGICOS	APOYO ADMINISTRATIVO	NO LABORAL	

El 28 de diciembre de 2022 se realiza cierre de inventarios de insumos y suministros, propiedad planta y equipo-activos fijos donde se registra que por tiempo climático no se pudo realizar el inventario de activos fijos en la parte sur rural, norte rural-Aipecito, San Luis y Chapinero y zona oriente rural, quedando registrada esta novedad en el acta de cierre.

4.6.1.3 Fomento de la cultura de autocontrol

Para la vigencia del año 2022 por petición de la subgerente en ese momento la Doctora Claudia Marcela Camacho Varón solicita que se realizan capacitaciones y no boletines ya que no hay hábito de lectura y además es un desperdicio de papel y hay que aplicar austeridad del gasto por tal motivo se realizaron capacitaciones fomentando la cultura de AUTOCONTROL con el fin de poder detectar las desviaciones del quehacer diario y poder tomar por iniciativa propia los correctivos necesarios para lograr el cumplimiento de nuestras metas individuales, y por ende contribuir al cumplimiento de los objetivos de la institución y poder lograr una mejor administración y unos servidores públicos con mejores niveles de desempeño tanto personal como a nivel profesional, el ***AUTOCONTROL*** hace alusión a un cambio de actitud de las personas frente a viejos paradigmas de control interno y de auditoria. Implica obtener la mayor productividad posible direccionando las emociones a través de la autoregulación, permite mejorar nuestras relaciones con los demás, generando un mejor ambiente laboral y ganando una excelente calidad de vida por eso podemos decir que “Auto” se refiere a propio, por uno mismo. “Control” se refiere a la acción y efecto de controlar, como lo define el diccionario Aristos (Aristos, 1974,80,160). El Autocontrol nos permite estar pendientes de nuestras propias acciones, actividades y decisiones; examinar nuestro proceso y aplicar los correctivos a cualquier anomalía presentada.
Acogiendo el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno de Gestión se desarrollaron las siguientes capacitaciones dirigidas a los líderes con el fin de divulgar la información con su equipo de trabajo por áreas:

- SISTEMA DE CONTROL INTERNO YAUTOCONTROL 28 de febrero de 2022
- POR UNA CULTURA DE AUTOCONTROL 28 de abril de 2022
- RIESGO DISCIPLINARIO 28 de junio de 2022
- COMUNICACIÓN ASERTIVA 22 de agosto de 2022
- CODIGO DE INTEGRIDAD 26 de octubre de 2022
- CICLO PHVA 27 de diciembre de 2022

ORIGINAL FIRMADO

4.6.1.4 Asistir a los comités en que se requiera acompañamiento y/o asesoría de la Oficina de Control Interno según la naturaleza de sus funciones

Dentro de los escenarios estratégicos de interacción el jefe de la oficina de control interno es invitado con voz y sin voto con el fin de brindar las alertas tempranas sobre acciones u omisiones que pueden afectar el manejo de los recursos de la entidad puesto que se cuenta con información producto de las auditorías internas realizadas, así como de seguimientos que permiten generar alertas de carácter preventivo relacionadas con las decisiones de la administración, como lo define el *Articulo 2.2.21.7.3* del decreto 338 de 2019.

En cumplimiento a la normativa se asistió a los comités de Conciliación y Defensa judicial además al comité institucional de gestión y desempeño.

4.6.1.5 Comité Institucional de coordinación de control interno

Este comité regulado por el decreto 648 de 2017 donde se desarrollan funciones claves en relación con la evaluación al sistema de control interno, así como en relación con la aprobación de herramientas de operación para la oficina de control interno mediante el plan anual de auditorías, también sirve como instancia para resolver las diferencias que se presenten en desarrollo del ejercicio de auditoria interna, momentos en los cuales se da a conocer los diferentes informes, seguimientos y generar las alertas sobre posibles incumplimientos, retrasos u otras situaciones de riesgo para la ESE Carmen Emilia Ospina.

En el desarrollo del plan de acción para la vigencia se realizaron los siguientes comités institucional de coordinación de control interno:

- COMITÉ ORDINARIO enero 24 de 2022
- COMITÉ ORDINARIO mayo 19 de 2022
- COMITÉ ORDINARIO agosto 11 de 2022
- COMITÉ ORDINARIO diciembre 05 de 2022

ORIGINAL FIRMADO

4.6.1.6 Actualizaciones de procesos de control interno

Para la vigencia se realizó actualización del normograma teniendo en cuenta la normativa vigente, así como también se realizó modificación de la resolución 606 por la 469 mediante la cual se conforma el Comité de coordinación de control interno; siguiendo las recomendaciones en uno de los comités por parte de los miembros donde se solicita incluir las tres jefes de zona, la coordinadora de Talento Humano, coordinadora de TIC, coordinadora de defensa judicial, coordinador de contratación, considerando su presencia con asiento permanente con voz pero sin voto, puesto que hacen parte de un proceso continuo, dinámico e integral de gestión que son los encargados de los diseños con los cuales se puede enfrentar los riesgos dando seguridad razonable para el alcance de los objetivos.
En el último comité de Coordinación de control interno se sugiere hacer modificación a la resolución 469 de 2022 donde se incluya el subgerente técnico científica siendo parte esencial por tratarse de la supervisión de toda la parte asistencial, objeto de la ESE Carmen Emilia Ospina.

5 EVALUACION DE LA GESTION 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.

5.1 SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO Y RIESGOS DE CORRUPCION

Para la vigencia 2022 se realiza seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano y seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción. Decreto 2641 de 2012) Decreto 124 de 2016 Titulo 4 Art.2.1.4.6
Primer Seguimiento: 11 de mayo
Segundo seguimiento: 3 de octubre
Tercer seguimiento: Queda pendiente para el 13 de enero de 2023

5.2 SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS

Para la vigencia 2022 a corte del mes de agosto, se realizó el seguimiento a los 34 riesgos del mapa de procesos, evidenciando que los lideres gestionaron sus actividades conforme a los

ORIGINAL FIRMADO

controles preexistentes en busca de la no materialización de los riesgos. El seguimiento fue publicando en el mapa de procesos en el botón de riesgos.

Se le advierte a la oficina de Planeación realizar la actualización de las matrices de riesgo antes de finalizar el año 2022, con el objetivo de iniciar el 2023 con las matrices actualizadas de acuerdo al lineamiento de función pública.

6 LIDERAZGO ESTRATEGICO

La oficina de control interno durante la vigencia 2022, tiene un líder nombrado y posesionado para un periodo de cuatro años, lo que permite que la Oficina de Control Interno se haya posicionado dentro de la estructura de la Entidad; situación que ha permito contribuir a la toma de decisiones en la Entidad, 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 y que puedan desmejorar el servicio.

7 RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

Servir como puente entre los entes externos de control y la ESE Carmen Emilia Ospina con el fin de facilitar el flujo de información con dichos organismos para tal fin el jefe de la oficina de control interno debe desarrollar las siguientes actividades identificando previamente la información referente a:

- Fechas de visitas o fecha límite para el cargue de información o emisión e informe
- Alcance de las auditorias
- Informes periódicos

Esta información puede ser prevista y comunicada oportunamente a la gerencia, como principal responsable de estos procesos ante el respectivo organismo de control. La oficina de control interno facilitan la comunicación al órgano de control y verifican aleatoriamente que la información suministrada por los responsables, de acuerdo con las políticas de operación de la ESE, ya que a partir de estos se definen claramente los lineamientos en relación con la entrega, oportunidad y coherencia de información, así como las personas autorizadas para ello, donde se debe establecer claramente que corresponde al representante legal y cada líder de proceso garantizando la calidad de la información que se entregue para tal fin se consideran los siguientes criterios a la hora de revisar y analizar la información que se transmite al órgano de control o al

ORIGINAL FIRMADO

equipo auditor a través de los canales de comunicación que se establezcan a la hora del inicio de la auditoria:

Oportunidad: Que se entregue la información en los tiempos establecidos por el organismo de control.

Integridad: Que se esté dando respuesta a todos y cada uno de los requerimientos con la evidencia suficiente.

Pertinencia: Que la información suministrada esté acorde con el tema solicitado o con el requerimiento específico.

Es pertinente señalar que las actividades que desarrolle la oficina de control interno, debe entenderse que el contenido y el cumplimiento de la información son responsabilidad directa de los líderes de procesos auditados; el jefe de la oficina de control interno brinda asesoría y genera alertas oportunas a los líderes de los procesos auditados del suministro de información, para evitar la entrega de información no acorde o inconsistente con las solicitudes del organismo de control.
Con relación a los entes externos de control el 01 de marzo de 2022 se realizó auditoria al balance AUDIBAL de la vigencia 2021 quedando 8 (ocho) hallazgos donde se suscribió plan de mejoramiento el 11 de mayo de 2022 siendo las áreas encargadas: Control interno de gestión, funcionario responsable Jaiber Sánchez Cruz, contabilidad, funcionario responsable Martha Liliana Rodríguez García y defensa judicial, funcionario responsable Ángela María Cuellar Pineda.

De igual forma el 09 de agosto de 2022 se realizó auditoria de cumplimiento con el fin de evaluar y conceptuar sobre la contratación, control fiscal interno y plan de mejoramiento de la vigencia 2021 quedando 8 hallazgos donde se suscribió plan de mejoramiento el 09 de octubre de 2022 estando a cargo del funcionario Miguel Julián Rodríguez Ortiz líder del área de contratación.

ORIGINAL FIRMADO

8 CONCLUSIONES

- Durante la vigencia 2022 se logró dar cumplimiento a cada una de las actividades propuestas en el plan de acción evidenciando el buen desempeño.
- Dar continuidad a los planes de mejoramiento de cada una de las auditorías internas y externas
- De acuerdo al seguimiento realizado a la matriz ITA se tendrá en cuenta para la vigencia futura realizar seguimiento a MIPG
- Continuar la sensibilización del trabajo en equipo a las áreas transversales.
- Continuar fortaleciendo el acompañamiento, asesoría y seguimiento, de manera independiente a cada uno de los lideres o responsables de los procesos y sus equipos de trabajo, a fin de facilitar el cumplimiento de cada una de las actividades de forma adecuada y oportuna y la ejecución de las acciones, acorde a las políticas de desempeño institucional.
- Acompañar a la Alta Dirección, desde enfoque de liderazgo estratégico y el enfoque de la prevención, mediante la identificación de alertas tempranas y las posibles desviaciones de los resultados esperados.
- Fortalecer la cultura del control, a través de las buenas practicas, contribuyendo en el asesoramiento de los diseños de controles y la ejecución de los mismos, lo cual permite que se genere un adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno – SCI.

ORIGINAL FIRMADO

JAIBER SANCHEZ CRUZ
Asesor control Interno
ESE Carmen Emilia Ospina
Neiva-Huila