
 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 1 de 39

VIGENCIA 2024

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA MUNICIPIO DE NEIVA

INFORME DE GESTIÓN



JAIBER SÁNCHEZ CRUZ
ASESOR CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92



 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 2 de 39

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.

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 3 de 39

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 2024 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



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

**FORMATO
INFORME**



PROCESO:
CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F1

VIGENCIA: 10/02/2023

V1

PÁGINA 4 de 39



1. LIDERAZGO ESTRATÉGICO





Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 6 de 39

ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO A GERENCIA Y DEMÁS DEPENDENCIAS QUE LO REQUIERAN

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 *Artículo 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 y a los que se realizó invitación, donde se pudo aportar desde su condición aportes y sugerencias.

COMITÉ INSTITUCIONAL 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 auditoría 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 institucionales de coordinación de control interno:

- COMITÉ ORDINARIO enero 30 de 2024
- COMITÉ ORDINARIO abril 24 de 2024
- COMITÉ ORDINARIO julio 29 de 2024
- COMITÉ ORDINARIO octubre 25 de 2024
- COMITÉ ORDINARIO diciembre 26 de 2024

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 7 de 39

COMITÉ MUNICIPAL DE AUDITORÍA O COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO (CICI)



Mediante circular No. 019 del 24 de julio 2024 el jefe de la oficina de Control Interno de la Alcaldía Municipal de Neiva convocó a Comité Municipal de Control interno, donde como asesor de la oficina de control interno de la ESE Carmen Emilia Ospina hizo presencia.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
863 2828


WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 8 de 39

2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO



PLAN ANUAL DE AUDITORIAS

Teniendo en cuenta lo registrado en nuestro plan de acción y plan anual de auditorías para la vigencia 2024, se programaron 8 auditorías teniendo en cuenta el formato de priorización del universo de Auditorías basadas en riesgos CI-S1-F3-V2.

- ✓ Auditoria al subproceso GESTIÓN DOCUMENTAL
- ✓ Auditoria al subproceso SERVICIO DE URGENCIAS
- ✓ Auditoria al subproceso TESORERÍA
- ✓ Auditoria al subproceso GESTIÓN JURÍDICA
- ✓ Auditoria al subproceso SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
- ✓ Auditoria al subproceso GESTIÓN ADMINISTRATIVA
- ✓ Auditoria al subproceso CONTRATACIÓN
- ✓ Auditoria al subproceso GESTIÓN DEL RIESGO POR PROCESOS



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME				
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 9 de 39	

De acuerdo al plan de acción y plan anual de auditorías para la vigencia 2024, se dio cumplimiento al desarrollo de las auditorías programadas, registrando hallazgos para los cuales se implementaron planes de mejoramientos en común acuerdo con cada uno de los líderes de los procesos auditados.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS

Para la vigencia se programaron 4 seguimientos a planes de mejora de vigencias anteriores, relacionando el seguimiento a las actividades y sus acciones de mejora reportando el estado actual además de los suscritos durante la vigencia.

AÑO PLAN DE MEJORA	PLAN DE MEJORA	ACCIONES INICIALES	RESPONSABLES	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	ACCIONES PENDIENTES	FECHA DEL PRÓXIMO SEGUIMIENTO	ESTADO ACTUAL
2023	Auditoria SIAU	3	ÁREA TÉCNICO CIENTÍFICA - SIAU PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA TIC	01-07-2023	31-12-2023	09-05-2024	3		CERRADO
2023	AUDITORIA TIC	3	ALMACÉN COORDINADORA TIC	30-06-2023	31-12-2023		1	01-02-2025	EN EJECUCIÓN
2023	AUDITORIA TALENTO HUMANO	4	TIC CONTRATACIÓN TALENTO HUMANO-GERENCIA PRESUPUESTO SALUD OCUPACIONAL	22-08-2023	31-01-2024	31-01-2024	4		CERRADO
2023	AUDITORIA ALMACÉN	9	ALMACENISTA	15-01-2024	01-06-2024		9	01-02-2025	EN EJECUCIÓN
2023	AUDITORIA MANTENIMIENTO	8	ASESOR DE INFRAESTRUCTURA AUXILIAR ADMINISTRATIVO	18-09-2023	30-03-2024	20-08-2024	8	31-01-2024	CERRADO
2023	AUDITORIA CONTRATACIÓN	8	ASESOR JURÍDICO DE CONTRATACIÓN	15-01-2024	31-10-2024		8	01-02-2025	EN EJECUCIÓN
2024	GESTIÓN DOCUMENTAL	11	LÍDER TIC	28-06-2024	31-07-2025		11	10-01-2025	EN EJECUCIÓN
2024	ATENCIÓN	1	Profesional Universitario						EN

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 10 de 39
------------------------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------	------------------------

	DE URGENCIAS		gestión de Servicios Hospitalarios-Urgencias	10-10-2024	28-02-2025		1	28-02-2025	EJECUCIÓN
2024	TESORERÍA	8	TESORERO GENERAL	01-08-2024	31-12-2024		8	02-10-2024	EN EJECUCIÓN
2024	SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	6	APOYO PROFESIONAL SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	15-11-2024	30-05-2025		6	04-02-2025	EN EJECUCIÓN
2024	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	3	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, GERENCIA, ALMACÉN, MANTENIMIENTO, CONTRATACIÓN, CONTABILIDAD, TESORERÍA Y REVISORÍA FISCAL	25-10-2024	31-12-2025		3	20-03-2025	EN EJECUCIÓN
2024	GESTIÓN DE RIESGOS POR PROCESOS	6	LÍDER DE PLANEACIÓN	01-02-2025	29-08-2025		6	01-06-2025	EN EJECUCIÓN



SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS – CONTRALORÍA MUNICIPAL

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA TIPO FINANCIERA Y DE GESTIÓN VIGENCIA 2023

El día 11 de abril de 2024, por parte de la Contraloría Municipal de Neiva a cargo de la Servidora pública la Doctora Sonia Yamile Medina Rubio, se realizó la evaluación de las evidencias del plan de mejoramiento resultado de la auditoría de cumplimiento Vigencia 2021 y el plan de mejoramiento resultado de la Auditoría financiera y de Gestión de la Vigencia 2022, donde el plan de mejoramiento de la auditoría de cumplimiento Vigencia 2021 se cerró por cumplimiento de acciones registradas, respecto a la Auditoría Financiera y de gestión vigencia 2022, hubo una acción sin cerrar, el cual el plan de mejoramiento se cerró parcialmente dejando anexo esta acción en el plan de mejoramiento de la Auditoría de la vigencia 2023 el cual se suscribió plan de mejoramiento el 15 de mayo de 2024, objeto de seguimiento.

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 autocontrol 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

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 11 de 39

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.

INFORME ACCIONES DE REPETICIÓN AL ÁREA JURÍDICA

Es importante hacer especial hincapié que lo pretendido en el presente informe es verificar y dejar constancia que una vez se hubiere realizado un reconocimiento indemnizatorio con ocasión de una condena, conciliación u otra forma de terminación de conflictos, a este se le realice el tramite pertinente de someterlo al comité de conciliación, y de aprobarse, proceder a repetir contra el servidor, ex-servidor público o del particular en ejercicio de funciones públicas. Así mismo, se verificará que la demanda que dé inicio al medio de control señalado sea presentada conforme de los términos dispuestos en la ley 1437 de 2012.



De acuerdo a lo señalado por la Oficina Jurídica - Área Defensa Judicial y teniendo en cuenta que el término del Medio de Control de Repetición inicia una vez se haya realizado un reconocimiento indemnizatorio conforme a lo dispuesto en el literal L) del artículo 164 de la ley 1437 de 2011 así:

“l) Cuando se pretenda repetir para recuperar lo pagado como consecuencia de una condena, conciliación u otra forma de terminación de un conflicto, el termino será de cinco (5) años, contados a partir del día siguiente de la fecha del pago, o, a más tardar desde el vencimiento del plazo con que cuenta la administración para el pago de condenas de conformidad con lo previsto en este Código”

Se concluye que, salvo los dos (2) casos pendientes de estudio y aprobación de procedencia de acción, al no existir reconocimiento económico alguno por parte de la ESE CEO con ocasión de una condena, conciliación u otra forma de terminación de un conflicto, no es procedente iniciar aun el trámite legal correspondiente que implica el medio de control motivo del informe.

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO A LA LEY DE TRANSPARENCIA ITA

La Oficina de Control Interno, en desarrollo del rol de evaluación y seguimiento establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 17 del Decreto 648 y en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría 2024 publicado por la entidad para la vigencia 2024, 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 y que la ESE Carmen Emilia Ospina como sujeto obligado y conforme con lo establecido en la LEY 1712 DE 2014,

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 12 de 39



atendiendo los mandatos del Título 1 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto número 1081 de 2015, “Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República” y atendiendo los postulados de la Política de Gobierno Digital establecida en el DECRETO 1008 DE 2018, como sujetos obligados por el artículo 5o de la Ley 1712 de 2014 se publica la información donde puede ser consultada en la pagina web de la entidad <https://esecarmenemiliaospina.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica-2/> y que acogidos a lo anterior, mediante Directiva 004 del 20 de junio de 2024 en su artículo segundo donde dispone el plazo para el diligenciamiento del Índice de Transparencia y Acceso a la información Pública (ITA), del 02 al 31 de julio de 2024, para lo correspondiente a la vigencia, y atendiendo lo anterior se reporta el cumplimiento el 31 de julio de 2024 a la Procuraduría General de la Nación.

SIA OBSERVA Y SECOP

Para elaborar el informe de SIA OBSERVA Y SECOP se tuvo en cuenta la vigencia 2023 y evaluando la información solicitada para dicho reporte se reporta una conclusión general “A pesar de los avances y el compromiso del área de contratación y demás dependencias participes respecto al cargue de los documentos anexos a la plataforma de SIA OBSERVA, no se ha cumplido con el 100% de la vigencia del 2023, además, se debe resaltar que actualmente nos encontramos en curso de una nueva vigencia sin que se emprendan las acciones correctivas para lograr el cumplimiento total de la anterior. En este orden de ideas, genera preocupación el grado de cumplimiento real que corresponde solo al 6.2%, lo cual significa un incumplimiento y un atraso que pone en riesgo evidente a la entidad, dado que de los 983 contratos reportados solo 61 de ellos se encuentran con cargue al 100%.

En lo que respecta al SECOP II, la ESE Carmen Emilia Ospina contempla un régimen de contratación especial, sin embargo, los contratos que se suscriban deben ser publicados en esta plataforma, de aquí la importancia de que estos sean actualizados de manera permanente, sin embargo, tampoco se evidencia cumplimiento al 100%, debido a que en algunos procesos no se está cumpliendo con el cargue obligatorio de la documentación precontractual, contractual y postcontractual a la plataforma transaccional, se debe indicar que esta información debe ser cargada en su totalidad y no se justifica su cumplimiento parcial cargando parte de ella, toda vez que la norma señala que la publicación debe ser integral.

Por último, reiteramos la importancia del cargue de la información a fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales que rigen la materia, de hacer caso omiso o hacerlo de forma insuficiente genera el riesgo de contraer posibles sanciones como lo 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, máxime, cuando ya existen precedentes institucionales por el incumplimiento de esta obligación”. A la cual se le hacen recomendaciones generales:

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 13 de 39



1. Dar prioridad al cargue de los documentos pendientes en la plataforma del SECOP II y en la plataforma de SIA OBSERVA.
2. Realizar un seguimiento estricto al cargue de los documentos en la plataforma SIA Observa y SECOP II.
3. 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 post contractuales en la Plataforma SECOP II, de la vigencia 2023.
4. Idear estrategias a fin de garantizar que el cargue de los documentos en la plataforma SIA Observa y SECOP II se haga de manera periódica.
5. Auditar y evaluar internamente el cargue de la información SIA OBSERVA y SECOP II en las respectivas vigencias.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 14 de 39

ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN



INFORMES DE LEY

En el plan anual de auditorías, también incluye la programación que, de acuerdo 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 periodicidad y las fechas establecidas por los entes de control, para ello se realizó la programación para la vigencia 2023 así:

INFORME	PERIODICIDAD	PLATAFORMA
Informe de gestión de la OCI	ANUAL	WEB ESE CEO
Evaluación por dependencias	ANUAL	WEB ESE CEO
Evaluación del sistema de control interno	SEMESTRAL	WEB ESE CEO
Elaboración informe semestral de la oficina de	SEMESTRAL	WEB ESE CEO

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

**FORMATO
INFORME**



PROCESO:
CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F1

VIGENCIA: 10/02/2023

V1

PÁGINA 15 de 39



SIAU. Ley 1474 de 2011.		
Diligenciamiento del FURAG (formulario único de avance de la gestión) se reporta el informe ejecutivo anual sobre el avance del SCI. Ley 87 de 1993	ANUAL	FURAG
Informe de control interno contable. Resolución 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 último día del mes)	TRIMESTRAL	WEB ESE CEO
Informe sobre verificación, 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

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 16 de 39

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- Contraloría Municipal de Neiva-Formato F35-Evaluación y seguimiento	ANUAL Y SEMESTRAL(F23)	SIA MISIONAL
Seguimiento mapa de riesgo de anticorrupción	TRIMESTRAL	WEB ESE CEO

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Se realizó la evaluación por dependencias de forma escalonada donde se tuvo en cuenta la asistencia presencial de cada uno de los líderes de los procesos evaluados.

<https://esecarmenemiliaospina.gov.co/evaluacion-por-dependencia/>

No.	ÁREA EVALUADA	INDICADORES EVALUADOS	RANGO DE CALIFICACIÓN	COMPARATIVO	
				2023	2022
1	Almacén	4	OPTIMA	100	95
2	Asesor Jurídico	2	DEFICIENTE	50	50
3	Biomedico	6	ADECUADA	83	88
4	Calidad	17	ADECUADA	93	96
5	Comunicaciones	22	OPTIMA	99,1	99,5
6	Contratación	4	OPTIMA	100	100
7	Control interno de gestión	4	OPTIMA	100	100
8	Defensa Judicial	9	OPTIMA	100	100
9	Financiera	8	OPTIMA	100	99
10	Gestión Ambiental	19	ADECUADA	94	98
11	Mantenimiento	16	OPTIMA	95	95
12	Planeación	22	ADECUADA	91	96
13	Salud ocupacional	11	ADECUADA	86	100
14	Siau	9	ADECUADA	76	74
15	Talento Humano	11	OPTIMA	100	90
16	Técnico científica	49	ADECUADA	91	95
17	Tic	12	OPTIMA	96	83

MATRIZ DE CALIFICACIÓN

EVALUACIÓN	
OPTIMA	Igual o mayor de 95%
ADECUADA	71% a 94%
ACEPTABLE	55.1% a 70%
DEFICIENTE	menor del 55%



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



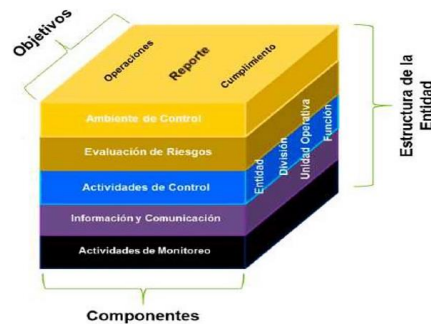
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 17 de 39

EVALUACIÓN 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:





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.

EVALUACIÓN 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.

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 18 de 39

ACTIVIDADES DE CONTROL

Son aquellas que realizan 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.

INFORMACIÓN 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.

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.



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

**FORMATO
INFORME**



**PROCESO:
CONTROL INTERNO**

CODIGO: CI-S1-F1

VIGENCIA: 10/02/2023

V1

PÁGINA 19 de 39

Nombre de la Entidad:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA				
Periodo Evaluado:		ENERO A JUNIO DEL 2024				
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad		95%		
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
¿Está todos los componentes operando (pleno y de manera integral) (SI o en proceso / No) (Justifique en 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 2024 y de acuerdo con los lineamientos que impartió el Departamento Administrativo de la Función Pública, arrojó un nivel de operatividad de los componentes del 95%, se considera que se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.			
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos establecidos? (SI/No) (Justifique en respuesta):		Si	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			
La entidad cuenta dentro de su filosofía de Control Interno, con una Institucionalidad (Línea de Defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (pleno) (Justifique en 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-MECL y a través de sus 5 componentes permitirá a la entidad establecer la efectividad de los controles diseñados desde la estructura de MIPG.			
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el Informe anterior	Estado del componente presentado en el Informe anterior	Avance Real del componente
Ambiente de control	SI	95%	FORTALEZAS: - La entidad continúa demostrando el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, ha puesto en marcha el código de integridad socializando a través de diferentes medios educativos. - Se tiene actualizada la estructura, facultades y responsabilidades en cada uno de los procesos con el fin de asignar roles y autoridad en todas las 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 tiene implementado el diligenciamiento de la ley 2013 de 2010 por medio de la cual se garantiza el cumplimiento de las declaraciones de bienes, rentas y registro de los conflictos de interés. - Se orientó al personal de planta y contratistas para la elaboración del curso de integridad. - La entidad contó el cargo de profesional universitario para el líder de talento humano, reconociendo que hace parte de un proceso fundamental en la institución. DEBILIDADES: - No se registran situaciones de conflicto de interés lo que denota que no hay conocimiento del personal frente a esta situación.	97%	FORTALEZAS: - La entidad continúa demostrando el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, ha puesto en marcha el código de integridad socializando a través de diferentes medios. - Se tiene actualizada 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 tiene implementado el diligenciamiento de la ley 2013 de 2010 por medio de la cual se garantiza el cumplimiento de las declaraciones de bienes, rentas y registro de los conflictos de interés. - Se orientó al personal de planta y contratistas para la elaboración del curso de integridad. - Se contó con la colaboración de la Oficina de Control Interno para una jornada de capacitación en la institución. - La entidad contó el cargo de profesional universitario para el líder de talento humano, reconociendo que hace parte de un proceso fundamental en la institución.	-1%
Evaluación de riesgos	SI	97%	FORTALEZAS: - Se continúa 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.	100%	FORTALEZAS: - Se continúa 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	-3%

Luego de analizar y evaluar los cinco componentes y sus respectivos lineamientos se concluye que 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 2024 y de acuerdo con los lineamientos que impartió el Departamento Administrativo de la Función Pública, arrojó un nivel de operatividad de los componentes del 95%, 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 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 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

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

**FORMATO
INFORME**



**PROCESO:
CONTROL INTERNO**

CODIGO: CI-S1-F1

VIGENCIA: 10/02/2023

V1

PÁGINA 20 de 39

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.

Nombre de la Entidad:		ESE CARMEN EMILIA OSPINA			
Período Evaluado:		JULIO A DICIEMBRE DEL 2022			
Estado del sistema de Control Interno de la entidad		84%			
Conclusiones generales sobre la evaluación del Sistema de Control Interno					
¿Se evidencian los componentes operando juntos y de manera integrada en el proceso del control interno?	En proceso	Se evidencia el funcionamiento del Estado del Sistema de Control Interno de la ESE Carmen Emilia Ospina, correspondiente al segundo 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 95%, se considera que se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.			
¿Se evidencia el sistema de control interno para los objetivos estratégicos de la entidad (en respuesta)?	SI	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 evidencia el sistema de control interno para los objetivos operativos de la entidad (en respuesta)?	SI	Se evidencia que esta vez analizado el sistema de control interno de la ESE Carmen Emilia Ospina, está más efectivo, ya que se encuentra funcionando, aporta seguridad y reduce el riesgo de los procesos, personal, bienes, comportamiento y demás aspectos para el buen funcionamiento de la entidad, además está articulado con el MIPG, mejor los asegurados a riesgo, mejor actividades de control interno a los fines de defensa.			
¿Se evidencia el sistema de control interno para los objetivos de cumplimiento de la ley (en respuesta)?	SI	La ESE Carmen Emilia Ospina, tiene definidos los fines, líneas de defensa que facilen la toma de decisiones frente a los riesgos asociados. La implementación obedece de las políticas de gestión y desarrollo contenidas en el MIPG, se permite a la entidad fortalecer su estructura para la gestión y adecuada ejecución, con el establecimiento de controles y con el funcionamiento del Modelo Estándar de Control Interno-MECI, y a través de sus 5 componentes permite a la entidad establecer la efectividad de los controles diseñados desde la estructura del MIPG.			

Componente	¿Componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Descripción de los Deficiencias por Prioridad	Nivel de Cumplimiento en el total de procesos	Detalle del componente presentados en el informe anterior	Avance Real del componente
Entorno de control	SI	95%	PORTALIDAD: La entidad evidencia cumplimiento con la integridad (transparencia) de los servicios públicos, lo puede en materia de código de integridad actualizado a favor de diferentes niveles. Se tiene establecido la estructura, facultades y responsabilidades en cada uno de los procesos con el fin de asegurar viabilidad y actividad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de apoyo. El área de talento humano está conformada por el plan de capacitación y desarrollo social, dentro de los cuales se evidencian capacitaciones en línea. Se tiene establecido todo el plan de desarrollo, acciones, responsabilidades, metas, tiempos, indicadores de cumplimiento que faciliten el seguimiento y evaluación de acciones. Se tiene implementado el cumplimiento de la Ley 2012 de 2012 por medio de la cual se garantiza el cumplimiento de las decisiones de la Junta, meta y registro de los conflictos de interés. Se tiene el personal de planta y contratada para el desarrollo de los servicios de integridad. Se cuenta con la colaboración de la Oficina de Control Interno para una pronta de capacitación en Código de Integridad. La entidad cuenta el cargo de profesional orientador para el área de talento humano, mencionado en la parte de procesos funcionalidad de la institución. OPORTUNIDAD: No se registran situaciones de conflicto de interés, lo que indica que no ha existido el personal frente a esta situación.	97%	PORTALIDAD: La entidad evidencia cumplimiento con la integridad (transparencia) y principios del servicio público, lo puede en materia de código de integridad actualizado a favor de diferentes niveles. Se tiene establecido la estructura, facultades y responsabilidades en cada uno de los procesos con el fin de asegurar viabilidad y actividad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de apoyo. El área de talento humano está conformada por el plan de capacitación y desarrollo social, dentro de los cuales se evidencian capacitaciones en línea. Se tiene establecido todo el plan de desarrollo, acciones, responsabilidades, metas, tiempos, indicadores de cumplimiento que faciliten el seguimiento y evaluación de acciones. Se tiene implementado el cumplimiento de la Ley 2012 de 2012 por medio de la cual se garantiza el cumplimiento de las decisiones de la Junta, meta y registro de los conflictos de interés. Se tiene el personal de planta y contratada para el desarrollo de los servicios de integridad. Se cuenta con la colaboración de la Oficina de Control Interno para una pronta de capacitación en Código de Integridad. La entidad cuenta el cargo de profesional orientador para el área de talento humano, mencionado en la parte de procesos funcionalidad de la institución.	2%
Evaluación de riesgos	SI	100%	PORTALIDAD: Se cuenta con el buen proceso de identificar los riesgos conforme a la metodología del mapa de riesgo por procesos, mapa de riesgo de corrupción y plan de mitigación, observado el cumplimiento con la primera línea de defensa para el cumplimiento de las metas establecidas en ellos. La Alta Dirección realiza periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para el proceso. OPORTUNIDAD: - Falta actualizar la política de acuerdo a la versión 0 de la guía de función pública.	100%	PORTALIDAD: Se cuenta con el buen proceso de identificar los riesgos conforme a la metodología del mapa de riesgo por procesos, mapa de riesgo de corrupción y plan de mitigación, observado el cumplimiento con la primera línea de defensa para el cumplimiento de las metas establecidas en ellos. La Alta Dirección realiza periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para el proceso. OPORTUNIDAD: - Falta actualizar la política de acuerdo a la versión 0 de la guía de función pública.	0%
Actividades de control	SI	94%	PORTALIDAD: - Frente al desarrollo de las actividades de control, la entidad realiza acciones de gestión de funciones. La entidad cuenta con manuales de funciones, con mapas 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 cuantitativo de acuerdo con la metodología vigente. También se mantiene los riesgos a suspostos de forma anual. La entidad viene programando espacios de capacitación en subcontroles que permitan como cultura de autogestión. La entidad ha fortalecido la capacitación para fomentar la cultura de control y subcontrol. OPORTUNIDAD: - Falta aplicar el término de primera línea de defensa en cada uno de los áreas.	94%	PORTALIDAD: - Frente al desarrollo de las actividades de control, la entidad realiza acciones de gestión de funciones. La entidad cuenta con manuales de funciones, con mapas 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 cuantitativo de acuerdo con la metodología vigente. También se mantiene los riesgos a suspostos de forma anual. La entidad viene programando espacios de capacitación en subcontroles que permitan como cultura de autogestión. La entidad ha fortalecido la capacitación para fomentar la cultura de control y subcontrol. OPORTUNIDAD: - Falta aplicar el término de primera línea de defensa en cada uno de los áreas.	0%

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 2023 y de acuerdo con los lineamientos que impartió el Departamento Administrativo de la Función Pública, arrojó un nivel de operatividad de los componentes del 95%, 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

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 21 de 39

Es de aclarar que a principio de la vigencia se realiza la evaluación del ultimo semestre del año anterior y a mediados de la vigencia se realiza la del primer semestre de la vigencia en curso.

INFORME DE ATENCIÓN AL CIUDADANO – PQRSD



La información descrita en este informe ha sido suministrada por las áreas del Sistema de Información y atención al ciudadano (SIAU), defensa judicial y TIC, en los tres trimestres del año 2024 y cabe aclarar que el ultimo trimestre del año se diligencia a principios de la vigencia siguiente.



La información descrita en este informe ha sido suministrada por las áreas del Sistema de Información y atención al ciudadano (SIAU), defensa judicial y TIC, del primer trimestre (enero, febrero y marzo) de 2024.

Durante el primer trimestre del 2024, se atendieron en las diferentes zonas, norte, oriente, sur y móvil de la ESE Carmen Emilia Ospina un total de **144.665 Usuarios**, que hicieron uso de los servicios de enfermería, ginecoobstetricia, medicina familiar, medicina general, medicina interna, nutrición y dietética, odontología general, pediatría, psicología, vacunación, toma de muestras de laboratorios clínico, servicio farmacéutico, fisioterapia, toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas, atención al parto, transporte asistencial básico, hospitalización adultos, hospitalización pediátrica, imágenes diagnosticas ionizantes, imágenes diagnósticas no ionizantes, radiología odontológica y urgencias; cabe resaltar que la entidad cuenta con un acuerdo de voluntades con las EPS Asociación Indígenas del Cauca, Sanitas y Nueva EPS con la población subsidiada, Salud Total subsidiados y contributivos y Asmet Salud usuario con portabilidad. De acuerdo al artículo 67 de la Ley 715 del 2001 y Decreto 2480 del 24 de diciembre del 2018, la entidad presta el servicio de urgencia a todas las personas que lo soliciten.

Durante el primer trimestre del 2024 ingresaron a la entidad **1.043 PQRSD**, el **0,72%** del total de usuarios atendidos durante los meses de enero, febrero y marzo 2024, de las cuales **404** fueron radicadas al área de Sistema de Información y Atención al usuario (SIAU) y **639** al área defensa judicial; ingresaron a través de los diferentes canales de comunicación: correo electrónico

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 22 de 39

info@esecarmenemiliaospina.gov.co, Buzón, página web de la entidad <https://esecarmenemiliaospina.gov.co/pqrf/index.php> y de forma presencial a través de la ventanilla única que brinda la entidad a todas las personas que utilizan sus servicios.

MES	Sumatoria de todos los días de respuesta a todas las peticiones del mes	Sumatoria de todas las peticiones radicadas en el mes	Promedio de respuesta (Días)
ENERO	1642	301	5
FEBRERO	3112	428	7
MARZO	1487	314	5

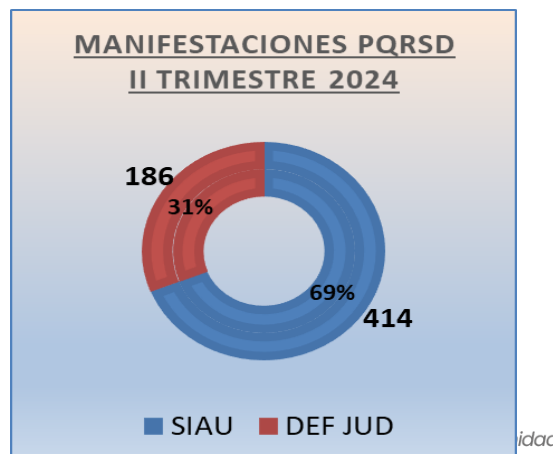
Se puede evidenciar que el tiempo de respuesta a las PQRSD que ingresaron a la entidad durante el primer trimestre de 2024, fueron contestadas en un promedio de 6 días, las cuales se dio



CONSOLIDADO PQRSD SIAU Y DEFENSA JUDICIAL DEL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2024				
MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
SOLICITUDES RECIBIDAS	301	428	314	1043
SOLICITUDES ENVIADAS A OTRA ENTIDAD	0	0	0	0
SOLICITUDES QUE SE LE NEGÓ EL ACCESO A LA INFORMACION	0	0	0	0

respuesta dentro de los términos establecidos por la ley.

Cabe resaltar que a corte del 31 de marzo de 2024 las manifestaciones fueron recepcionadas y gestionadas de acuerdo al área competente quienes dieron respuesta a cada una de ellas, por lo anterior no se requirió remitir ninguna solicitud a otra entidad o ente de control; al igual que no se presentaron solicitudes denegadas al acceso de la información.

Durante el primer trimestre de 2024, los peticionarios que presentaron las **404** PQRSD en la entidad fueron: Anónima **25**, Usuarios **293**, EPS **80**, otras entidades privadas y públicas **6** (Fundación Picachos, SINTRASALUD y Asociación Indígena del Cauca), dando respuesta a cada una dentro de los términos de ley.



 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 23 de 39



La información descrita en este informe ha sido suministrada por las áreas del Sistema de Información y atención al ciudadano (SIAU), defensa judicial y TIC, para el segundo trimestre (abril, mayo y junio) de 2024.

Durante el segundo trimestre del 2024, se atendieron en las diferentes zonas, norte, oriente, sur y móvil de la ESE Carmen Emilia Ospina un total de **150.179 Usuarios**, que hicieron uso de los servicios de enfermería, ginecoobstetricia, medicina familiar, medicina general, medicina interna, nutrición y dietética, odontología general, pediatría, psicología, vacunación, toma de muestras de laboratorios clínico, servicio farmacéutico, fisioterapia, toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas, atención al parto, transporte asistencial básico, hospitalización adultos, hospitalización pediátrica, imágenes diagnosticas ionizantes, imágenes diagnósticas no ionizantes, radiología odontológica y urgencias; cabe resaltar que la entidad cuenta con un acuerdo de voluntades con las EPS Asociación Indígenas del Cauca, Sanitas y Nueva EPS con la población subsidiada, Salud Total subsidiados y contributivos y Asmet Salud usuario con portabilidad. De acuerdo con el artículo 67 de la Ley 715 del 2001 y Decreto 2480 del 24 de diciembre del 2018, la entidad presta el servicio de urgencia a todas las personas que lo soliciten.

Durante el segundo trimestre del 2024 ingresaron a la entidad **600 PQRSD**, el **0,40%** del total de usuarios atendidos durante los meses de abril, mayo y junio de 2024, de las cuales **414** fueron radicadas al área de Sistema de Información y Atención al usuario (SIAU) y **186** al área defensa judicial; ingresaron a través de los diferentes canales de comunicación: correo electrónico info@esecarmenemiliaospina.gov.co, Buzón, página web de la entidad <https://esecarmenemiliaospina.gov.co/pqrf/index.php> y de forma presencial a través de la ventanilla única que brinda la entidad a todas las personas que utilizan sus servicios.

MES	Sumatoria de todos los días de Respuesta a todas las Peticiones del mes	Sumatoria de todas las Peticiones radicadas en el mes	Promedio de Respuesta (Días)
ABRIL	765	230	3
MAYO	551	190	3
JUNIO	772	180	4

Se puede evidenciar que el tiempo de respuesta a las PQRSD que ingresaron a la entidad durante el segundo trimestre de 2024, fueron contestadas en un promedio de 3 días, las cuales se dio respuesta dentro de los términos establecidos por la ley.

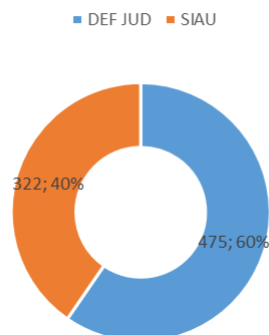
 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 24 de 39

CONSOLIDADO PQRSD SIAU Y DEFENSA JUDICIAL DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2024				
MES	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
SOLICITUDES RECIBIDAS	230	190	180	600
SOLICITUDES ENVIADAS A OTRA ENTIDAD	0	0	0	0
SOLICITUDES QUE SE LE NEGO EL ACCESO A LA INFORMACIÓN	0	0	0	0

Cabe resaltar que al corte del 30 de junio de 2024 las manifestaciones fueron recepcionadas y gestionadas de acuerdo al área competente quienes dieron respuesta a cada una de ellas, por lo anterior no se requirió remitir ninguna solicitud a otra entidad o ente de control; al igual que no se presentaron solicitudes denegadas al acceso de la información.

Durante el segundo trimestre de 2024, los peticionarios que presentaron las **414** PQRSD en la entidad fueron: Usuarios **384**, Anónima **12**, otras entidades privadas y públicas 11 (Rutas Preferenciales, Global Inspection; Fiscalía 13 y Hospital Hernando Moncaleano), EPS 7, dando respuesta a cada una dentro de los términos de ley.

MANIFESTACIONES PQRSD TERCER TRIMESTRE



La información descrita en este informe ha sido suministrada por las áreas del Sistema de Información y atención al ciudadano (SIAU), defensa judicial y TIC, para el segundo trimestre (Julio, Agosto y Septiembre) de 2024.



Durante el tercer trimestre del 2024, se atendieron en las diferentes zonas, norte, oriente, sur y móvil de la ESE Carmen Emilia Ospina un total de **150.179 Usuarios**, que hicieron uso de los servicios de enfermería, ginecoobstetricia, medicina familiar, medicina general, medicina interna, nutrición y dietética, odontología general, pediatría, psicología, vacunación, toma de muestras de laboratorios clínico, servicio farmacéutico, fisioterapia, toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas, atención al parto, transporte asistencial básico, hospitalización adultos, hospitalización pediátrica, imágenes diagnosticas ionizantes, imágenes diagnósticas no ionizantes, radiología odontológica y urgencias; cabe resaltar que la entidad cuenta con un

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
863 2828


WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 25 de 39

acuerdo de voluntades con las EPS Asociación Indígenas del Cauca, Sanitas y Nueva EPS con la población subsidiada, Salud Total subsidiados y contributivos y Asmet Salud usuario con portabilidad. De acuerdo con el artículo 67 de la Ley 715 del 2001 y Decreto 2480 del 24 de diciembre del 2018, la entidad presta el servicio de urgencia a todas las personas que lo soliciten.

Durante el tercer trimestre del 2024 ingresaron a la entidad **797** PQRSD, el **0,53%** del total de usuarios atendidos durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2024, de las cuales el 0,40% es decir **322** fueron radicadas al área de Sistema de Información y Atención al usuario (SIAU) y **0,59%** es decir 475 al área defensa judicial; ingresaron a través de los diferentes canales de comunicación: correo electrónico info@esecarmenemiliaospina.gov.co, Buzón, página web de la entidad <https://esecarmenemiliaospina.gov.co/pgrf/index.php> y de forma presencial a través de la ventanilla única que brinda la entidad a todas las personas que utilizan sus servicios.



MES	SUMATORIA DE TODOS LOS DÍAS DE RESPUESTA A TODAS LAS PETICIONES DEL MES	SUMATORIA DE TODAS LAS PETICIONES RADICADAS EN EL MES	PROMEDIO DE DIAS DE RESPUESTAS
JULIO	1738	336	5
AGOSTO	1243	204	6
SEPTIEMBRE	977	203	5

Se puede evidenciar que el tiempo de respuesta a las PQRSD que ingresaron a la entidad durante el segundo trimestre de 2024, fueron contestadas en un promedio de 5 días, las cuales se dio respuesta dentro de los términos establecidos por la ley.

CONSOLIDADO DEL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2024			
MES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
SOLICITUDES RECIBIDAS	336	204	203
SOLICITUDES ENVIADAS A OTRA ENTIDAD	0	0	0
SOLICITUDES QUE SE LE NEGÓ EL ACCESO A LA INFORMACIÓN	0	0	0

Cabe resaltar que al corte del 30 de septiembre 2024 las manifestaciones fueron recepcionadas y gestionadas de acuerdo al área competente quienes dieron respuesta a cada una de ellas, por lo anterior no se requirió remitir ninguna solicitud a otra entidad o ente de control; al igual que no se presentaron solicitudes denegadas al acceso de la información.

Durante el tercer trimestre de 2024, los peticionarios que presentaron las **797** PQRSD en la entidad fueron: Usuarios **384**, Anónima **12**, otras entidades privadas y públicas 11 (Rutas Preferenciales, Global Inspection; Fiscalía 13 y Hospital Hernando Moncaleano), EPS 7, dando respuesta a cada una dentro de los términos de ley.

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 26 de 39

La satisfacción de los usuarios es considerada un indicador de calidad de resultado y puede definirse como el grado de cumplimiento por parte del Sistema de Salud respecto de las expectativas del usuario en relación con los servicios que este le ofrece.

REPORTE FURAG

Este informe de resultados está organizado en tres (3) secciones; donde la primera sección muestra los resultados generales de desempeño del Control Interno, la segunda sección los resultados por cada uno de los cinco componentes del MECI y la tercera sección muestra los resultados de la evaluación independiente.

Hay que tener presente que cada índice visualizado cuenta con un puntaje mínimo y máximo, lo que implica que su resultado depende de la magnitud de las políticas al cual pertenece.

Es importante saber que los resultados de este informe son de la vigencia 2022, no son comparables con los resultados de las mediciones de vigencias anteriores, ya que los líderes de políticas realizaron cambios significativos a las preguntas de sus políticas, dado los procesos de actualización de las temáticas y directrices.

MECI

90,1

Con base en el Formulario Único de Reporte de avance en la Gestión -FURAG, este resultado está organizado en tres (3) secciones; donde la primera sección muestra los resultados generales del desempeño del Control Interno, la segunda sección los resultados por cada uno de los cinco componentes del MECI y la tercera sección muestra los resultados de la evaluación independiente del sistema de control Interno.

MECI Resultados Desempeño Institucional Territorio, vigencia 2023

Tenga en cuenta que los resultados de MECI, los podrá consultar a partir de los siguientes filtros: **1)** Entidad, **2)** Sector, **3)** Naturaleza Jurídica, **4)** Clasificación Orgánica.

Una vez seleccionado el filtro, los resultados se visualizarán en el tablero de la siguiente manera:

- I.** Primera Sección, muestra los resultados generales de desempeño del Control Interno
- II.** Segunda Sección los resultados por cada uno de los cinco componentes del MECI
- III.** Tercera sección muestra los resultados de la evaluación independiente.

Tenga presente que cada índice visualizado cuenta con un puntaje mínimo y máximo, lo que implica que su resultado depende de la magnitud de las políticas al cual pertenece.

ENTIDAD
CARMEN EMILIA OSPINA

MUNICIPIO
NEIVA

DEPARTAMENTO
HUILA

PDET
Todas

NATURALEZA JURÍDICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTA...

Índice de Control Interno Entidades Territoriales

54,3

Universo Aplicación MECI Entidades Territoriales

5774

Lista de entidades que no diligenciaron

Número de entidades según filtro

1 de **5774**

LINEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

FORMATO INFORME



PROCESO:
CONTROL INTERNO

CODIGO: CI-S1-F1

VIGENCIA: 10/02/2023

V1

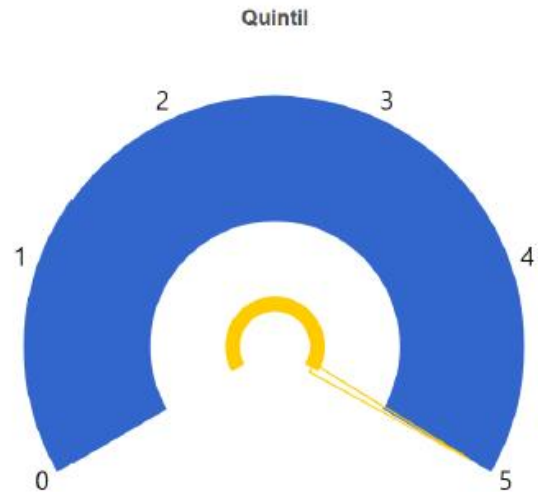
PÁGINA 27 de 39

SECCIÓN 1

I. Resultados Generales



NOTA: El promedio del grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo. Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.



NOTA 1: La información de este grafico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros

NOTA 2: Las entidades con puntajes más altos están ubicadas en el quintil 5; las entidades con menores puntajes están ubicadas en el quintil 1.

NOTA 3: Los quintiles son los cuatro valores (cuantiles 0,2, 0,4, 0,6 y 0,8) que permiten dividir una distribución en cinco partes del mismo (o aproximadamente el mismo) tamaño. Así, cada quintil representa el 20% del total de individuos de una población.]

Como se puede observar en la gráfica anterior, en lo relacionado a la ESE Carmen Emilia Ospina, el resultado del Índice de Desempeño Institucional de la vigencia 2023 fue de 90,1 ubicándose en el quintil 5; es decir que la ESE Carmen Emilia Ospina se ubica dentro de las entidades que obtuvieron mayor puntaje.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f @ y
ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

FORMATO
INFORME



PROCESO:
CONTROL INTERNO

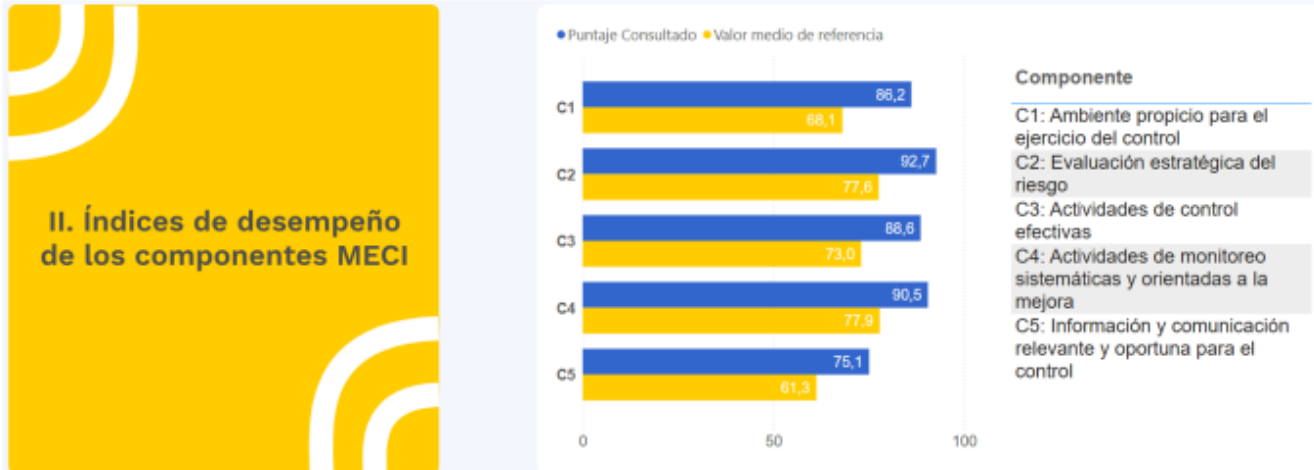
CODIGO: CI-S1-F1

VIGENCIA: 10/02/2023

V1

PÁGINA 28 de 39

SECCION 2



Los índices de desempeño de los componentes MECI, corresponden a los puntajes obtenidos en cada uno de los siguientes:

- ✓ Ambiente propicio para el ejercicio del control 86,2
- ✓ Evaluación estratégica del riesgo 92,7
- ✓ Actividades de Control efectivas 88,6
- ✓ Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora 90,5
- ✓ Información y comunicación relevante y oportuna para el control 75,1

La evaluación de cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno muestra una perspectiva integral sobre el funcionamiento de los procesos en la ESE Carmen Emilia Ospina. Cada componente, a ser evaluado de manera individual, aporta una visión que permite identificar la forma como se están gestionando los riesgos y se garantiza la integridad de la información. Así mismo le permite a la alta gerencia identificar el nivel de implementación efectiva de los controles descritos en cada uno de los procesos y que por medio de la identificación y evaluación de riesgos permite tomar medidas para prevenir o mitigar las posibles amenazas a las que está expuesta la entidad, asegurando así la protección de los recursos y activos.

Cabe resaltar que se ha venido mejorando en el cumplimiento de las recomendaciones dadas en la vigencia anterior, además del compromiso y apoyo de la alta gerencia en la provisión de los recursos requeridos para cumplir con el fortalecimiento del modelo integrado de planeación y de gestión y del sistema de Control Interno de la ESE Carmen Emilia Ospina, que nos posiciona según lo muestra la anterior

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ESE Carmen Emilia Ospina



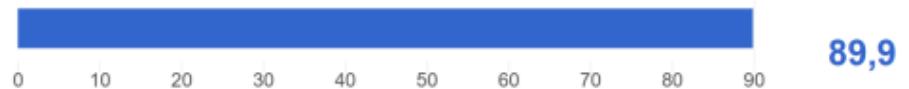
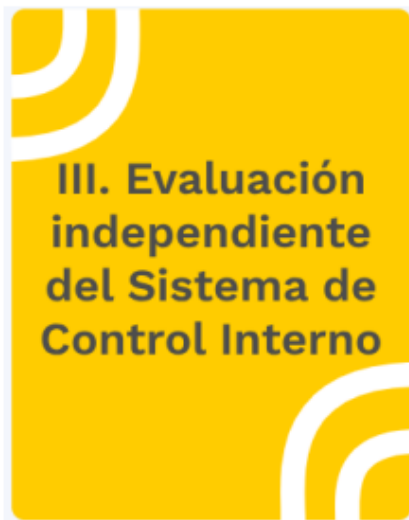
 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 29 de 39

imagen.
SECCION 3



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.

Cabe resaltar que se ha venido mejorando en el cumplimiento de las recomendaciones dadas en la vigencia anterior, además del compromiso y apoyo de la alta gerencia en la provisión de los recursos requeridos para cumplir con el fortalecimiento del modelo integrado de planeación y de gestión y del sistema de Control Interno de la ESE Carmen Emilia Ospina, que nos posiciona en primer lugar a nivel municipio de Neiva.

INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE. RESOLUCIÓN 193 DEL 2016 (28 DE FEBRERO)

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.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

**FORMATO
INFORME**



**PROCESO:
CONTROL INTERNO**

CODIGO: CI-S1-F1

VIGENCIA: 10/02/2023

V1

PÁGINA 30 de 39

220741001 - E.S.E. Carmen Emilia Ospina
NEIVA
01-01-2023 al 31-12-2023
EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO CONTABLE
CGN2016 EVALUACIÓN CONTROL INTERNO CONTABLE
ENVÍO NUMERO 44308
FECHA RECEPCIÓN 2024-02-26 11:21:09

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACION	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR CRITERIO (Usada)	CALIFICACION TOTAL (Usada)
1	ELEMENTOS DEL MARCO NORMATIVO				1,00
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 CARMEN EMILIA OSPINA, aplica las políticas contables de acuerdo a la normativa: Políticas Contables versión 3; Instructivo 002 de la Contraloría General de la Nación; Resolución vía de 2014		
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 CARMEN EMILIA OSPINA, aplica adecuadamente los controles contables para el desarrollo de proceso. Estado financiero vigencia 2023		
1.1.4	1.3 LAS POLÍTICAS CONTABLES RESPONDEN A LA NATURALEZA Y A LAS ACTIVIDADES DE LA ENTIDAD?	SI	Se evidencia de las políticas contables se respaldan según la naturaleza y procesos de la Entidad. Políticas contables versión 3		
1.1.5	1.4 LAS POLÍTICAS CONTABLES PROPENDEN POR LA REPRESENTACIÓN FIEL DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA?	SI	En la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, se aplican las políticas contables en la elaboración de la información financiera. Estado financiero y balance de pagos vigencia 2023		
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 CARMEN EMILIA OSPINA, están establecidos los procedimientos de evaluación y seguimientos CHS-PH-VI		1,00
1.1.7	2.1 SE SOCIALIZAN ESTOS INSTRUMENTOS DE SEGUIMIENTO CON LOS SEGUIMIENTOS?	SI	Se realiza la socialización de los planes de mejora tanto de auditoría interna como externos 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 técnica, Seguimiento acciones CASE, Seguimiento, aplicación de leyes y decretos)		
1.1.9	3. LA ENTIDAD CUENTA CON UNA POLÍTICA O INSTRUMENTO (PROCEDIMIENTO, MANUAL, REGLA DE NEGOCIO, GUÍA, INSTRUCTIVO, TENDENCIA A FACILITAR EL FLUJO DE INFORMACIÓN RELATIVO A LOS HECHOS ECONÓMICOS ORIGINADOS EN CUALQUIER DEPENDENCIA)	SI	La ESE CARMEN EMILIA OSPINA, 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 de cierre contable mensual y cierre contable anual. Manuales y documentos de apoyo		1,00
1.1.10	3.1 SE SOCIALIZAN ESTAS INSTRUMENTOS CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO?	SI	Se socializan los diferentes formatos elaborados en los subprocesos de conciliación (Almacén) y documento de apoyo		
1.1.11	3.2 SE TIENEN IDENTIFICADOS LOS DOCUMENTOS DONDE MEDIANTE LOS CUALES SE INFORMA AL ÁREA CONTABLE?	SI	Se tienen identificados los documentos correspondientes para los procesos contables, procedimientos de cuentas por pagar, tiene identificados los documentos que se deben anexar para generar la debita conciliación. Conciliación de gastos y sus soportes		
1.1.12	3.3 EXISTEN PROCEDIMIENTOS INTENDIDOS DOCUMENTADOS QUE FACILITEN LA APLICACIÓN DE LA POLÍTICA?	SI	Los procedimientos están debidamente elaborados, aprobados y socializados para su aplicación. GP-S2-PH-VI Cierre_contable_mensual, GP-S4-PH-VI Cierre_contable_mensual y GP-S6-PH-VI Pago_por_materia		
1.1.13	4. SE HA IMPLEMENTADO UNA POLÍTICA O INSTRUMENTO (PROCEDIMIENTO, MANUAL, REGLA DE NEGOCIO, GUÍA O LINEAMIENTO) SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS BIENES FÍSICOS EN FORMA INDIVIDUAL (CADA UNIDAD DEL PROCESO CONTABLE) DE LA ENTIDAD?	SI	Se tiene implementado el procedimiento GP-S2-PH-VI Adquisición_activos_fisicos_estado		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, validado de acuerdo a 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 políticas y las normas necesarias que hacen posible la verificación de la información, ingresos de activos, el software institucional y eventos programados		
1.1.16	5. SE CUENTA CON UNA DIRECTRIZ, GUÍA O PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LAS CONCLUSIONES DE LAS PARTIDAS MAS RELEVANTES DE SU BALANCE MEDIANTE IDENTIFICACIÓN Y MEDICIÓN?	SI	Existe el procedimiento GP-S4-PH-VI 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 2023		
1.1.18	5.2 SE VERIFICA LA APLICACIÓN DE ESTAS DIRECTRICES, GUÍAS O PROCEDIMIENTOS?	SI	La conciliación se realiza mediante conciliaciones de ingresos, Contabilidad, Cartera, Facturación, Contabilidad, inventarios y presupuesto, tesorería y gastos		
1.1.19	6. SE CUENTA CON UNA DIRECTRIZ, GUÍA, LINEAMIENTO, PROCEDIMIENTO O INSTRUMENTO EN QUE SE DEFINA LA SEPARACIÓN DE ACCIONES (AUTORIZACIONES, RESERVAS, MANEJOS, CANCELACIONES, PROCESOS CONTABLES)?	SI	Se cuenta con los procedimientos contables GP-S4-PH-VI Cuentas_por_pagar, GP-S4-PH-VI Cierre_contable_mensual, GP-S4-PH-VI Cierre_contable_anual		1,00
1.1.20	6.1 SE SOCIALIZAN ESTAS DIRECTRICES, GUÍAS, LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS O INSTRUMENTOS CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO?	SI	Se socializa con el personal involucrado los procesos y procedimientos respectivos		
1.1.21	6.2 SE VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS DIRECTRICES, GUÍAS, LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS O INSTRUMENTOS?	SI	Se verifica el cumplimiento de procedimientos respectivos, conciliación de gastos con las firmas respaldadas		
1.1.22	7. SE CUENTA CON UNA DIRECTRIZ, PROCEDIMIENTO, GUÍA, LINEAMIENTO O INSTRUMENTO PARA LA PRESENTACIÓN OPORTUNA DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA?	SI	Se tiene los procedimientos para la presentación oportuna de la información financiera GP-S4-PH-VI Cierre_contable_anual, GP-S4-PH-VI Cierre_contable_mensual y GP-S6-PH-VI Elaboración_presupuestos_anuales		1,00
1.1.23	7.1 SE SOCIALIZAN ESTAS DIRECTRICES, GUÍAS, LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS O INSTRUMENTOS CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO?	SI	Se realiza socialización de los procedimientos mediante trabajo de asistencia		
1.1.24	7.2 SE CUMPLE CON LA DIRECTRIZ, GUÍA, LINEAMIENTO, PROCEDIMIENTO O INSTRUMENTO?	SI	Se presenta oportunamente en informes de los practicantes, cartafolio de presentación oportuna a entidades externas como la Contraloría General de la Nación y Superintendencia Nacional de Salud		
1.1.25	8. EXISTE UN PROCEDIMIENTO PARA MONITOREAR Y SEGUIMENTAR EL CIERRE INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN PRODUCIDA EN LAS ÁREAS O DEPENDENCIAS QUE GENERAN HECHOS ECONÓMICOS?	SI	Se cuenta con los procedimientos contables de GP-S4-PH-VI Cierre_contable_anual, GP-S4-PH-VI Cierre_contable_mensual		1,00
1.1.26	8.1 SE SOCIALIZAN ESTOS PROCEDIMIENTOS CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO?	SI	Se socializa los procedimientos respectivos, para afianzar el conocimiento de personal		
1.1.27	8.2 SE VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE ESTOS PROCEDIMIENTOS?	SI	Se cumple a cabalidad el procedimiento, cierre de área de trabajo		
1.1.28	9. LA ENTIDAD TIENE SOBREVIGILANCIA DIRECTRICES, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS O LINEAMIENTOS PARA REALIZAR PERIODICAMENTE INVENTARIOS Y PROCESOS DE INFORMACIÓN QUE LE PERMITAN VERIFICAR LA EXISTENCIA DE ACTIVOS Y PASIVOS?	SI	La ESE CEO, implementa procedimientos para la información necesaria de GP-S2-PH-VI inventarios y GP-S4-PH-VI Conciliación_financiera, que permite verificar los activos y pasivos		1,00
1.1.29	9.1 SE SOCIALIZAN LAS DIRECTRICES, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS O LINEAMIENTOS CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO?	SI	Se realiza la socialización del procedimiento, se revisan los inventarios físicos, se presentan actas de los mismos		
1.1.30	9.2 SE VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS DIRECTRICES, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS O LINEAMIENTOS?	SI	NTN de Inventarios Físicos realizados durante la vigencia 2023 a las diferentes áreas de ingresos y suministros de la ESE CEO		
1.1.31	10. SE TIENEN ESTABLECIDOS LOS PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS DE LA CADENA DE LA INFORMACIÓN?	SI	La entidad tiene implementado el procedimiento GP-S2-PH-VI Bases_propiedad_planta_equipo		1,00
1.1.32	10.1 SE SOCIALIZAN ESTOS PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTOS CON EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO?	SI	Se realiza la socialización de los procesos y procedimientos para dar de baja de propiedad, planta y equipo		
1.1.33	10.2 SE VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE ESTOS PROCEDIMIENTOS, PROCEDIMIENTOS, INSTRUMENTOS O LINEAMIENTOS?	SI	Se acredita la verificación mediante las actas de baja de propiedad, planta y equipo		
1.1.34	10.3 EL ANÁLISIS, LA DEPURACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE CUENTAS SE REALIZA PERMANENTEMENTE O POR LO MENOS PERIODICAMENTE?	SI	Se realizan todos los procesos y procedimientos para la baja de propiedad, planta y equipo de manera periódica. Se evidencia por medio de los procedimientos contables de la Gestión Financiera, Conciliación de las áreas financieras		
1.1.35	11. SE EVIDENCIA POR MEDIO DE FUNDAMENTOS, U OTRA TÉCNICA O MEDIANTE LA FORMA COMO ORGULUCA LA INFORMACIÓN PARA EL	SI	Se evidencia por medio de los procedimientos contables en la gestión financiera. Conciliaciones de área financiera		1,00

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 Contraloría General de la Nación. El personal del área contable está altamente comprometido en el cumplimiento de las actividades a su cargo; los indicadores gerenciales que tienen a cargo se cumplen a cabalidad; situación que se considera de importancia relevante para la Entidad; igualmente reportan en los términos establecidos la información contable en las diferentes plataformas y a las diferentes entidades del Estado

DEBILIDADES: Se debe cumplir con la inducción al personal nuevo que ingresa al área financiera para evitar traumatismo en la ejecución de los procesos y procedimientos; previa a la verificación de la idoneidad del personal.



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 2023, necesarios para el buen funcionamiento de cada área. Aunque se realizó auditoría interna al área financiera no se configuraron hallazgos; en la auditoría de la Contraloría Municipal de Neiva se realizaron las acciones al hallazgo del área de presupuesto.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



f i o v
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>FORMATO INFORME</p>			
<p>PROCESO: CONTROL INTERNO</p>	<p>CODIGO: CI-S1-F1</p>	<p>VIGENCIA: 10/02/2023</p>	<p>V1</p>	<p>PÁGINA 31 de 39</p>

RECOMENDACIONES: Continuar el buen manejo de las políticas contables dando cumplimiento a los procedimientos y manuales de la entidad. Continuar con el plan de capacitaciones programadas, dejando las evidencias respectivas. Continuar cumpliendo los indicadores gerenciales que le dan estabilidad financiera a la Entidad; es importante apropiar las recomendaciones de austeridad y eficiencia del gasto.



INFORME DE AUSTRERIDAD DEL GASTO

- ✓ Según los resultados del presente informe, se llegó a la conclusión que es imperante continuar con las estrategias, medidas y controles que permitan obtener unos eficientes y eficaces resultados para las próximas vigencias en estudio.
- ✓ Todos los incrementos se han visto abocados a la toma de decisiones originadas en decisiones de la alta gerencia que constituyen situaciones atípicas dentro del desarrollo del ejercicio de la ESE, por lo anterior se han elaborado estrategias para reducir esos gastos que se incurrieron frente a otros periodos analizados.
- ✓ Los incrementos generados corresponden básicamente a la puesta en marcha del CAIMI y a la demanda de los servicios prestados por la ESE CEO para no tener que prescindir de personal y tampoco de la disminución en la continuidad de los servicios prestados a la población más vulnerable; también pudimos evidenciar los excesivos costos de adquisición de materiales y suministros debido a la inflación y por consiguiente a la oferta y que conlleve a un desmejoramiento en los servicios prestados por la ESE Carmen Emilia Ospina.
- ✓ Se recomienda para esta vigencia contar con una debida planeación del presupuesto con el fin de incurrir en riesgos de corrupción y de gestión en el gasto ya que es un año de cambios en la administración municipal y en los cargos de alta gerencia de la entidad.
- ✓ Se hace necesario realizar la recomendación del uso adecuado de las instalaciones del CAIMI, ya que por su estructura física ocupa un gasto bastante alto, por lo tanto, es necesario que la alta gerencia evalúe la posibilidad de incrementar los servicios asistenciales en dicha sede con el fin de aumentar la facturación para así poder encontrar el punto de equilibrio en cuanto a costo beneficio ya que la capacidad instalada en la sede CAIMI es bastante significativa para la ESE CEO.
- ✓ Se recomienda continuar con campañas como las que realiza el área de Gestión Ambiental, sensibilizando a todo el personal de poner en práctica acciones cotidianas, como 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 cuarto trimestre del año

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 32 de 39

2023, hubo una leve 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 claro esta prioridad del buen manejo del ahorro de los servicios públicos.

- ✓ Se recomienda que el servicio de aseo se vea reflejado en los próximos informes de austeridad del gasto dado que es un insumo necesario para medir la eficiencia en cuanto al proceso de manejo de residuos sólidos para un eficiente sistema de gestión ambiental.; igualmente ocurre con el servicio de telefonía fija dado que existen otros canales de comunicación, se hace necesario para la toma de decisiones en cuanto a si se debe continuar pagando dicho servicio.
- ✓ 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.
- ✓ Los servidores a través de nuestras acciones debemos afianzar la cultura de austeridad, promoviendo las buenas prácticas administrativas y ambientales, además se deben implementar estrategias y controles que permita la optimización y uso eficiente de los recursos públicos.
- ✓ Para efectos de mejorar y lograr los resultados esperados con la contratación que se realiza ya sea por servicios o bienes, se les recuerda a los supervisores de contrato, el deber de vigilar y asegurar que el objeto contractual se cumpla a cabalidad por parte del contratista, así mismo recordarles el deber de informar sobre los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción como conductas punibles por parte del contratista y aquellas que puedan poner en riesgos el cumplimiento del contrato. (art. 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011), y que las actividades y la contratación se ajusten a los criterios de eficiencia, economía.
- ✓ Se recomienda continuar realizando el mayor esfuerzo por conseguir un alto desempeño en la eficiencia del gasto público para llevar a la ESE a una creciente sostenibilidad con el paso del tiempo para llegar a ser la mejor empresa social del sur colombiano.
- ✓ Seguir dando cumplimiento a la Directiva presidencial 08 del 17 de septiembre del 2022 mediante la cual se imparten medidas para la racionalización, la probidad y la eficiencia del gasto público.

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 33 de 39

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 06 de junio se da inicio con este proceso con la apertura al inventario de insumos y suministros del primer semestre y del segundo semestre se dio inicio el 06 de diciembre del año 2024, respecto al inventario anual de la propiedad planta y equipo-activos fijos se dio inicio el 19 de septiembre donde se puede dar el siguiente diagnóstico a fecha del 16 de enero de 2025.

PUESTOS DE SALUD CONCILIADOS

1. Eduardo santos
2. Triunfo
3. Caguán
4. Fortalecillas
5. Chapinero
6. San Luis
7. Aipecito
8. Peñas blancas
9. San Jorge
10. Guacirco
11. San Francisco
12. Vegalarga
13. Santa Elena
14. Palacio
15. San Antonio
16. Piedra marcada
17. Cedral
18. Colegio
19. Palestina
20. Caimi.

POR HACER CONCILIACIÓN

1. IPC
2. Canaima
3. Granjas



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 34 de 39

4. Palmas

FALTA POR HACER EL INVENTARIO

1. Canaima primer piso administrativo
2. Siete de agosto
3. Santa Isabel



No se dio cumplimiento esperado al inventario de activos fijos como se refleja en el informe anterior y los dos inventarios de insumos y suministros se realizó dando cumplimiento.

FOMENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL

Para la vigencia del año 2024 se programaron seis(6) capacitaciones con el fin de fomentar la cultura de AUTOCONTROL para 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 auditoría. Implica obtener la mayor productividad posible direccionando las emociones a través de la autorregulación, 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.

Dando cumplimiento al plan de acción se capacitaron a los líderes de las áreas con el fin de que a su vez se socialicen los temas con el equipo de trabajo; programadas y desarrolladas así:

- *El 27 de febrero primera capacitación de autocontrol para líderes “Sistema de Control Interno y su articulación al Control Fiscal”
- *El 30 de abril segunda capacitación “Rol liderazgo estratégico”
- * El 25 de junio tercer capacitación “Enfoque hacia la prevención”
- *El 26 de agosto cuarta capacitación “Evaluación de la gestión del riesgo”
- *El 12 de noviembre quinta capacitación “Evaluación y seguimiento. procesos y procedimientos”
- *El 16 de diciembre sexta capacitación “Relación con entes externos de control”

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 35 de 39

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.

SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO Y RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Para la vigencia 2024 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 de forma cuatrimestral

<https://esecarmenemiliaospina.gov.co/plan-anticorrupcion-y-mapa-de-riesgo/>

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 36 de 39

SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS

Para la vigencia 2024 se realizó el seguimiento a los riesgos del mapa de procesos, evidenciando que los líderes gestionaron sus actividades conforme a los controles preexistentes en busca de la no materialización de los riesgos.

<https://esecarmenemiliaospina.gov.co/plan-anticorrupcion-y-mapa-de-riesgo/>

Se apoyo al área de planeación en la actualización de la matriz donde se incluyen los riesgos fiscales, donde a la fecha se han ingresado los riesgos fiscales del área financiera, faltando actualizar las demás áreas conforme a la guía versión VI de función pública.

RELACION CON ENTES DE CONTROL





Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 37 de 39

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 Asesor 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 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 Asesor 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.

El día 11 de abril de 2024, por parte de la Contraloría Municipal de neiva a cargo de la Servidora pública la Doctora Sonia Yamile Medina Rubio, se realizó la evaluación de las evidencias del plan de mejoramiento resultado de la auditoria de cumplimiento Vigencia 2021 y el plan de mejoramiento resultado de la Auditoria financiera y de Gestión de la Vigencia 2022, donde el plan de mejoramiento de la auditoria de cumplimiento Vigencia 2021 se cerró

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 38 de 39



por cumplimiento de acciones registradas, respecto a la Auditoria Financiera y de gestión vigencia 2022, hubo una acción sin cerrar, el cual el plan de mejoramiento se cerró parcialmente dejando anexo esta acción en el plan de mejoramiento de la Auditoria de la vigencia 2023 el cual se suscribió plan de mejoramiento el 15 de mayo de 2024, objeto de seguimiento. Auditoria aperturada el 29 de Febrero, instalada el 05 de marzo en las Oficinas de la CMN, en el periodo de ejecución del 29 de febrero al 31 de mayo de 2024.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
863 2828


WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	FORMATO INFORME			
PROCESO: CONTROL INTERNO	CODIGO: CI-S1-F1	VIGENCIA: 10/02/2023	V1	PÁGINA 39 de 39

CONCLUSIONES

- Durante la vigencia 2024 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
- 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 líderes 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 prácticas, 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.


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