



CONSULTORIAS INTEGRALES S.A.S

**INFORME DE GESTION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2021**

Neiva



Contenido

INTRODUCCION	4
1. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	5
1.1. Auditorias programadas.....	5
1.2. Seguimiento a planes de mejora Internos	6
1.3. Seguimiento planes de mejora externos- Contraloría Municipal	8
1.3.1. Seguimiento a plan de mejora auditoria AUDIBAL Vigencia 2019.....	8
1.3.2. Seguimiento al plan de mejora Auditoria Gubernamental regular 2019.....	9
1.4. Otros Informes de Seguimientos	9
1.4.1. Evaluación y seguimiento al cargue de los documentos contractuales en la Plataforma SIA OBSERVA y SECOP-.....	9
1.4.2. Informe acciones de repetición al área Jurídica-.....	12
1.4.3. Seguimiento al cumplimiento de la ley transparencia-	12
1.4.4. Informe a liquidación de contratos y actas de terminación.....	12
1.4.5. Seguimiento al cumplimiento del SIGEP-	13
2. ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN	14
2.1. Informes De Ley Presentados Por La Oci.....	14
2.1.1. Reporte del FURAG.....	15
2.1.1.1. Comparativo 2019 Vs 2020.....	17
2.1.2. Informe Atención al ciudadano- PQRSD	19
2.1.3. Evaluación del Control Interno Contable.....	20
2.1.4. Evaluación Independiente del sistema de Control Interno	20
2.1.5. Informe de Austeridad del Gasto	26
2.2. Otras Actividades con enfoque a la prevención	26
2.2.1. Seguimiento al reporte de informes de Ley según Normograma Institucional.	26
2.2.2. Medición del indicador de la OCI	28
2.2.3. Acompañamiento Inventarios de insumos y suministros.....	30
2.2.4. Fomento de la cultura de Autocontrol	31
2.2.5. Asistir a los Comités en que se requiera acompañamiento y/o asesoría de la OCI según la naturaleza de sus funciones.....	31
2.2.6. Comité Institucional de Control Interno	31



CONSULTORIAS INTEGRALES S.A.S

2.2.7. Actualización de proceso de Control Interno	31
3. EVALUACION DE LA GESTION DEL RIESGO.....	32
3.1. Seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano Y Riesgo de Corrupción	32
3.2. Seguimiento al mapa de Riesgo de Procesos	33
4. LIDERAZGO ESTRATEGICO.....	34
5. RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL	34

INTRODUCCION

La Oficina de Control Interno (OCI) contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de Administración del Riesgo, Control y Gestión de la ESE Carne Emilia Ospina, a través de una actividad independiente y objetiva de evaluación y asesoría, y teniendo en cuenta que la gestión debe guardar la debida independencia para garantizar la objetividad de sus evaluaciones y seguimientos, enmarca todas sus actividades en las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 para las Oficinas de Control Interno en la asesoraría, evaluación y acompañamiento a las áreas así como en el mejoramiento continuo para el cumplimiento de la misión institucional; por otra parte el Decreto Nacional 943 de 2014 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno, el Decreto 1499 de 2017 el cual actualiza el modelo de gestión para las entidades del estado y define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, así como el decreto 648 del 2017 el cual modifíco los roles de las Oficinas de Control Interno, emitida por el Departamento Administrativo de la Gestión Pública. Bajo esta normatividad se da a conocer la gestión realizada en el año 2021 relacionada con los 5 roles:

- Liderazgo Estratégico,
- Enfoque Hacia la Prevención,
- Relación con Entes Externos de Control,
- Evaluación de la Gestión del Riesgo,
- Evaluación y Seguimiento.

1. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

PLAN DE ACCIÓN Y PLAN ANUAL DE AUDITORIAS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO																	COPIA	COPIA							
																	VERSIÓN	ACTIVADO							
																	INDICADOR	PÁGINA 102/1							
Vigencia	2021		28/01/2021		Nombre de la entidad						ESE CARMEN EMILIA OSPINA														
OBJETIVO	Apoyar a la Alta Dirección por medio de la realización de auditorías, seguimientos, evaluaciones, asesorías y la coordinación o atención a requerimientos de entes de control externo; con el fin de facilitar la toma de decisiones y formulación de acciones (frente a las desviaciones detectadas) orientadas al fortalecimiento, desarrollo y mejora continua de los procesos y en general del Sistema de Control Interno, como herramientas de apoyo gerencial que soportan el seguimiento sobre la gestión pública y el cumplimiento de objetivos, metas y obligaciones institucionales; promoviendo adicionalmente entre los colaboradores la cultura de control y autoevaluación.																								
ROLES OCI	TIPO DE ACTIVIDAD	OBJETO DE LA AUDITORIA O ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMACIÓN												Observación										
			Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Agosto			Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre			
			Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado			
		Auditoría al subproceso del sarlaft	1	1																					
		Auditoría a inventarios a papelería y Auditoría a los Inventarios de Insumos de covid19 dados por donación.			1	1																			
		Auditoría al subproceso disciplinario					1																		
		Auditoría Al Subproceso De Planeación- Planes De Acción- Desarrollo Y Gestión- Vig.2021							1	1															
		Auditoría a liquidación nómina									1														
		Auditoría a la contratación de bienes y servicios vig. 2021													1										
		Auditoría al subproceso de cartera											1										1		
		Auditoría a controles de compra de equipos biomédicos para CAEM														1							1		
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	AUDITORIAS PROGRAMADAS BASADAS EN RIESGO	Seguimiento al Plan de mejora de la Auditoría especial al CTD 488-19-Comisión- Vig.2019	1	1	1	1																			
		Seguimiento al Plan de mejora de Comités Institucionales Vig. 2019	1	1																					
		Seguimiento plan de mejora a la auditoría especial a Gestión Documental- Vig. 2020			1	1																			
		Seguimiento plan de mejora subproceso sistemas informáticos Vig. 2020			1	1																			
		Seguimiento a plan de mejora de comunicaciones Vig. 2020																							
		Seguimiento Plan de mejora a Gestión de residuos Hospitalarios Vig. 2020										1													
		Seguimiento plan de mejora a la auditoría sarlaft													1	1							1		
		Seguimiento Plan de mejora a la contratación de bienes y servicios - Vig. 2020														1									
		Seguimiento a Comités Institucionales Vig. 2020										1	1												
		Seguimiento plan de mejora al auditoría insumos covid														1	1						1	1	
SEGUIMIENTOS A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS		Seguimiento plan de mejora al auditoría insumos papelería													1	1						1	1		
		Seguimiento plan de mejora auditoría a Planeación														1	1					1	1		
		Seguimiento a plan de mejora de nómina																							

1.1. Auditorías programadas

Para la vigencia del 2021 se programaron 8 auditorías conforme a nuestro procedimiento y formato preestablecido para tal fin, CI-S1-F3-V2-Priorización del universo de auditoría basado en riesgos, las cuales fueron:

- Auditoría al subproceso del sarlaft.
- Auditoría a inventarios a papelería y Auditoría a los Inventarios de insumos de covid19 dados por donación.
- Auditoría al subproceso disciplinario.
- Auditoría Al Subproceso De Planeación- Planes De Acción- Desarrollo Y Gestión- Vig.2021.
- Auditoría a liquidación nómina.
- Auditoría a la contratación de bienes y servicios vig. 2021.
- Auditoría al subproceso de cartera.

- Auditoria a contratos de compra de equipos biomédicos para CAIMI

De acuerdo con lo programado en nuestro plan de auditoria se ha dado cumplimiento a las auditorias para esta vigencia, encontrando hallazgos y generando con los líderes de los procesos los planes de mejora.

- Auditoria al subproceso del sarlaft, se evidencio 12 hallazgos de los cuales se plantearon 17 acciones de mejora.
- Auditoria a inventarios a papelería, se evidencio 2 hallazgos de los cuales se plantearon 3 acciones de mejora.
- Auditoria a los Inventarios de insumos de covid19 dados por donación, se evidencio 1 hallazgo generando 2 acciones de mejora.
- Auditoria al subproceso disciplinario, auditoria que no genero hallazgos.
- Auditoria Al Subproceso De Planeación- Planes De Acción- Desarrollo Y Gestión- Vig.2021, se evidencio 4 hallazgos y se plantearon 7 acciones de mejora.
- Auditoria a la contratación de bienes y servicios vig. 2021, se evidencio 15 hallazgos, pendiente la entrega del plan de mejora por el área de Contratación.
- Auditoria a liquidación nomina, se evidencio 1 hallazgo y se plantearon 1 acciones de mejora.
- Auditoria al subproceso de cartera se entregó informe definitivo donde no se generaron hallazgos, pero se dejó recomendaciones para la mejora del proceso.
- Auditoria a contratos de compra de equipos biomédicos para CAIMI, se entregó informe quedando 5 hallazgos, pendiente entrega de plan de mejora.

1.2. Seguimiento a planes de mejora Internos

Para la vigencia 2021 solamente contábamos con seguimientos de planes de mejora de auditorías realizadas durante las vigencias 2020, y por ende las auditorias que se realizaron en esta vigencia, a continuación, relaciono los planes de mejoramiento que se le realizaron seguimiento y su estado actual:



RESUMEN DE PLANES DE MEJORA QUE SE REALIZAN SEGUIMIENTO EN LA VIGENCIA 2021									
AÑO PLAN DE MEJORA	PLAN DE MEJORA	ACCIONES INICIALES	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	FECHA DEL CUMPLIMIENTO	ACCIONES PENDIENTES	FECHA DEL PROXIMO SEGUIMIENTO	ESTADO ACTUAL
2020	Seguimiento al Plan de mejora de la Auditoria especial al CTO 488/19-Coomotor- Vig.2019.	8	CONTRATAACION	15/01/2020	30/06/2020	26/03/2021	0	N.A	CERRADO
2020	Seguimiento al Plan de mejora de Comités Institucionales Vig. 2019, donde quedaron con acciones 9 comites	9	Comites Institucionales	26/02/2020	30/12/2020	30/04/2021	0	N.A	CERRADO
2020	Seguimiento plan de mejora a la auditoria especial a Gestión documental- Vig. 2020	6	TIC	21/07/2020	30/09/2020	24/03/2021	0	N.A	CERRADO
2020	mejora subprocesos sistemas informáticos Vig. 2020	11	TIC	1/09/2020	30/11/2020	25/03/2021	0	N.A	CERRADO
2020	mejora de comunicaciones Vig. 2020	10	TIC	22/08/2020	30/11/2020	18/01/2021	0	N.A	CERRADO
2020	Seguimiento Plan de mejora a la contratación directa de bienes y servicios - Vig. 2020	16	CONTRATAACION	5/04/2021	30/07/2021	30/08/2021	0	N.A	CERRADO
2021	mejora a Gestión de residuos Hospitalarios Vig. 2020	8	GESTION AMBIENTAL	1/01/2021	30/06/2021	30/06/2021	0	N.A	CERRADO
2021	Seguimiento a Comités Institucionales Vig. 2020 quedaron con acciones de mejora 12 comites	9	Com. Compras - com.Seguridad Paciente, Com. Covid, Com. Judicial, Com. Propiedad planta y equipo, Comité epidemiológico	5/02/2021	30/10/2021	29/10/2021	0	N.A	CERRADO
2021	Seguimiento plan de mejora a la auditoria sarlaft	17	SUBGERENCIA	5/04/2021	30/12/2021	30/08/2022	1	20/12/2021	EN EJECUCION
2021	Seguimiento plan mejora a inventarios a papeleria	3	ALMACEN	1/08/2021	30/10/2021	N.A	0	30/11/2021	CERRADO
2021	Seguimiento a Inventarios de insumos de covid19 dados por donación	2	ALMACEN Y SALUD OCUPACIONAL	1/08/2021	30/10/2021	N.A	0	30/11/2021	CERRADO
2021	Seguimiento a Planeación-Planes De Acción-Desarrollo Y Gestión- Vig.2021	7	PLANEACION	12/08/2021	16/12/2021	N.A	0	N.A	CERRADO
2021	Seguimiento plan de mejora Auditoria a la contratación de bienes y servicios	21	CONTRATAACION	3/01/2022	30/07/2022	N.A	21	30/07/2022	PENDIENTE seg. Vig.2022
2021	Pendiente entrega plan de mejora Auditoria contratacion para CAIMI	?	CONTRATAACION	N.A	N.A	N.A	?	N.A	PENDIENTE seg. Vig.2022

Verde. Cerrados

Rojo. En ejecución con acciones vencidas y se continuo seguimiento

Amarillo. En ejecución sin acciones vencidas o empieza el seguimiento

De los 13 planes de mejora de la vigencia 2020 y 2021, se cerraron 10 por cumplimiento de las acciones, queda pendiente el cumplimiento de una (1) acción del plan de mejora a la auditoria sarlaft, igualmente el seguimiento del plan de mejora Auditoria a la contratación de bienes y servicios vigencia 2021 donde se suscribieron 21 acciones, quedando el cumplimiento para la vigencia 2022, y está pendiente la entrega del plan de mejora de la Auditoria contratación de bienes y servicios para CAIMI.

1.3. Seguimiento planes de mejora externos- Contraloría Municipal

1.3.1. Seguimiento a plan de mejora auditoria AUDIBAL Vigencia 2019.

Se realizó seguimiento a plan de mejora AUDIBAL suscrito con la Contraloría Municipal de Neiva, el cual quedaron 2 hallazgos que genero 2 acciones de mejora, donde los líderes de Presupuesto, contabilidad y tesorería presentaron las evidencias para el cumplimiento.

Plan de mejora que fue evaluado por la contraloría en esta vigencia 2021, dejando como resultado un cumplimiento del 100% y cerrándolo.

RESULTADO EVALUACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	100.0	0.60	60.0
Efectividad de las acciones	100.0	0.40	40.0
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO		1.00	100.00
Concepto a emitir cumplimiento Plan de Mejoramiento		Cumple	

Imagen toma del informe de Auditora de cumplimiento Vig. 2020, pág. 82

1.3.2. Seguimiento al plan de mejora Auditoria Gubernamental regular 2019

Se realizó el seguimiento del plan de mejora el cual quedaron 19 hallazgos y se suscribieron 38 acciones con las áreas de contratación, tesorería, Almacén, planeación, control interno, Jurídica, y SIAU, donde los líderes presentaron las evidencias para el cumplimiento.

Con relación a la evaluación realizada por la Contraloría Municipal al plan de mejora, dio un resultado de cumplimiento del 95.15%, estableciéndose que con un nivel mayor del 80% se entiende como un Plan de Mejoramiento "QUE CUMPLE", pero a pesar de cumplimiento quedaron 8 acciones abiertas para la vigencia 2021, el cual fueron calificadas como no efectivas en su control. Acciones de mejora que se plasmaron en el nuevo plan de mejora de la Auditoria de Cumplimiento vigencia 2020.

RESULTADO EVALUACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	100.0	0.60	60.0
Efectividad de las acciones	87.9	0.40	35.2
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO		1.00	95.15
Concepto a emitir cumplimiento Plan de Mejoramiento		Cumple	

Imagen toma del informe de Auditora de cumplimiento Vig. 2020, pág. 81 y 82

1.4. Otros Informes de Seguimientos

La oficina de control Interno adelanto seguimientos una serie de sub-actividades con el objeto de verificar el cumplimiento normativo y con enfoque a la prevención:

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

Resultados del Informe realizado y presentado en el mes de mayo del 2021.

A pesar de los avance y compromiso que el área de contratación adquirió con el cargue de los documentos anexos a la plataforma de SIA Observa, no se ha

cumplido con el 100% de la vigencia del 2020, estando en un porcentaje del 87,30%, de contrato.

En relación a la vigencia del 2021, hay avances en el cargue de los documentos quedando con un porcentaje del 44,72%, equivalente así: Para el mes de enero con un 66,19%, febrero son un 49,33%, marzo con un 28,90%, abril con un 40,38%, a pesar del avance observamos que, de los 989 contratos rendidos al mes de abril, 565 contrato ya se encuentra terminados, debería ser mayor el porcentaje de avance.

En lo que respecta al Secop I, la situación es más compleja, debido a que no se está cumpliendo con el cargue de la documentación precontractual, contractual y pos contractual, se debe indicar que esta 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.

Es de recordar que el no cumplimiento de esta obligación estaríamos en riesgo de 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, más aun sabiendo que en la auditoria Gubernamental modalidad regular de la vigencia 2019, dejaron hallazgo por el incumplimiento de esta obligación.

Finalmente, se tiene previsto que la Contratación de régimen especial, se va a migrara a Secop II, por tal motivo se debe tener claridad los documentos que deben ser cargados, con el fin de que sean los mismos que se solicitan, dado que el Secop II nos permitirá en tiempo real, verificar el estado de cada proceso contractual.

Resultados del Informe realizado y presentado en el mes de noviembre 2021:

A pesar de los avance y compromiso que el área de contratación adquirió con el cargue de los documentos anexos a la plataforma de SIA Observa, no se ha cumplido con el 100% de la vigencia del 2020, además, se debe resaltar que estamos cerca de culminar la vigencia 2021 y estos contratos aún no están cargados en un 100%.

La vigencia 2021, no se han cargado en su totalidad los documentos en la plataforma SIA OBSERVA, lo que indica que en la vigencia 2022, se contara con atrasos en el cargue de documentación de las vigencias 2020 y 2021.

En lo que respecta al Secop I, la situación sigue siendo compleja, debido a que no se está cumpliendo con el cargue de la documentación precontractual, contractual y pos contractual, se debe indicar que esta 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.

Reiteramos la importancia del cumplimiento del cargue de la información, el no cumplir con esta obligación estaríamos en riesgo de 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, más aun sabiendo que en la auditoria Gubernamental modalidad regular de la vigencia 2019, dejaron hallazgo por el incumplimiento de esta obligación.

Finalmente, se tiene previsto que la Contratación de régimen especial, se va a migrara a Secop II, por tal motivo se debe tener claridad los documentos que deben ser cargados, con el fin de que sean los mismos que se solicitan, dado que el Secop II nos permitirá en tiempo real, verificar el estado de cada proceso contractual.

RECOMENDACIONES

1. Se resalta que esta falencia se encuentra como hallazgo administrativo en las auditorías realizadas por la Contraloría Municipal de Neiva quedando con plan de acción desde la vigencia 2018, 2019 y 2020, por tal motivo y dada las alertas de la contraloría, donde nos informan que, si las falencias continúan o son recurrentes, pueden convertirse en hallazgos disciplinarios.
2. La circular externa No 23 de 16 de marzo de 2017, indico que *“Las Entidades que aún utilizan el SECOP I están obligadas a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición.”* Por lo anterior, es necesario que la ESE CEO, cumpla con esta circular, a fin de evitar sanciones por el no cumplimiento en el cargue de la información.
3. Dar prioridad al cargue de los documentos de la vigencia 2020 en las plataformas de Sia Observa y Secop, dado que esta información debe quedare completa en un 100%
4. Reiteramos la importancia de realizar un seguimiento estricto al cargue de los documentos en la plataforma Sia Observa y SECOP I

5. Nuevamente recomendamos 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 las vigencias 2020 y 2021.
6. Idear estrategias a fin de que el cargue de los documentos en la plataforma Sia Observa y Secop, se haga de manera periódica.

1.4.2. Informe acciones de repetición al área Jurídica-

Informe realizado y presentado en el mes de marzo del 2021. De los documentos aportados por el Área Jurídica, se puede observar que se han realizado los estudios pertinentes a fin de determinar la procedencia o no de las acciones de repetición, los temas han sido discutidos y llevados a cada uno de los comités y los mismos toman la decisión de dar inicio o no al Medio de Control de Repetición

Los plazos en los cuales se han discutido los asuntos están dentro del término y además, las demandas del medio de control de Repetición que el comité ha decidido iniciar, también se han realizado dentro de los términos dispuesto en la Norma.

Por lo tanto se evidencia, que el medio de Control de Repetición se ha realizado de acuerdo a las disposiciones del ordenamiento jurídico y las decisiones del comité han sido oportunas a fin de dar inicio con las respectivas demanda, cuando ha sido esa la decisión del comité.

1.4.3. Seguimiento al cumplimiento de la ley transparencia-

Informe realizado y presentado el 30 de abril 2021. Se encontró falencias en la mayoría del ítem que conforman la matriz de ITA, donde se evidencia información sin actualizar, enlace que no direcciona a la información requerida, información que no es lo solicitado o no se encuentra en el formato requerido por la matriz.

1.4.4. Informe a liquidación de contratos y actas de terminación

Informe realizado y presentado en el mes de febrero del 2021- primer seguimiento al avance de las liquidaciones realizado en julio 2021.

Los CONTRATOS pendiente por liquidar de la vigencia 2019, ascendía a 47 contratos, por la suma de \$ 1.652.407.685.

Visto el informe presentado por la oficina de contratación tenemos 11 contratos liquidados que ascienden a la suma de \$194.714.050

VIGENCIA	ESTADO DE CONTRATOS	NUMERO DE CONTRATOS SIN LIQUIDAR Y LIQUIDADOS	PORCENTAJE	DIFERENCIA TOTAL
2019	SIN LIQUIDAR	47	\$1.652.407.685.	N/A
2019	LIQUIDADOS	11	\$194.714.050	\$1.457.693.635

Teniendo en cuenta el cuadro anterior, nos encontramos con un avance porcentual en liquidación de contratos de un 29%, queda pendiente un porcentaje de liquidación equivalente a 71%, además, en cuanto a la liberación de recursos se encuentra pendiente producto de esa no liquidación de contratos, la suma de \$1.457.693.635.

Se resalta del informe que La empresa INGEODER PHARMA S.A.S., identificada con el NIT. 900920627, y cuyos contratos sin liquidar son los 1600 y 1601, que ascienden a la suma de Mil trescientos treinta y tres millones cuatrocientos doce mil treinta y cuatro pesos (\$1.333.412.034), en realidad se le han cancelado la suma de Mil Trescientos veintiséis Millones ciento noventa y dos mil seiscientos noventa y seis pesos (\$1.326.192.696), la diferencia de siete millones doscientos diecinueve mil trescientos treinta y ocho pesos (\$7.219.338), sin embargo el contrato aún se encuentra sin liquidar.

Los CONTRATOS pendiente por liquidar de la vigencia 2020, ascendía a 147 contratos, de los cuales se han liquidado 82, lo cual nos arroja un avance del 55,7% de avance en el proceso de liquidación de contratos.

1.4.5. Seguimiento al cumplimiento del SIGEP-

Informe presentado en el mes de noviembre del 2021. Encontrando lo siguiente, revisada la información por nombre y número de cedula, en el archivo arrojado en la plataforma del SIGEP, en cuanto a los Servidores Públicos, encontramos que el porcentaje de cumplimiento en la actualización de las Hojas de vida es de 40.48%, es de resaltar que se verifico el 100% de los servidores públicos.

Por otra parte, y con la muestra aleatoria recolectada de los contratistas, encontramos que el porcentaje de cumplimiento es del 40% de las hojas de vida que actualmente se encuentran actualizadas.

Se generaron las siguientes recomendaciones:

- Requerir a los Servidores públicos a fin de que procedan a actualizar las hojas de vida en la plataforma del SIGEP.
- Verificar de manera periódica que los Servidores públicos actualicen las hojas de vida en la plataforma del SIGEP.
- Verificar que, al momento de la suscripción de un contrato de prestación de servicios, los futuros contratistas cuenten con las hojas de vida actualizada en el SIGEP

2. ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN

2.1. Informes De Ley Presentados Por La Oci

El programa Anual de Auditoría también incluye la programación que, de acuerdo con la normativa, relacionada con la obligatoriedad de la OCI frente al reporte informes de ley y seguimiento que deben ser emitidos de acuerdo con las periodicidades y las fechas establecidas por los entes de control, relaciono los informes presentados oportunamente para la vigencia 2021:

INFORME	PERIODICIDAD	FECHA DEL INFORME	FECHA DE PRESENTACION	PLATAFORMA
Informe de Gestion de la OCI	ANUAL	30/01/2021	14/01/2021	WEB ESE CEO
Evaluacion por dependencia	ANUAL	30/01/2021	29/01/2021	WEB ESE CEO
Evaluacion del sistema de Control interno	SEMESTRAL	30/01/2021 30/07/2021	29/01/2021 28/07/2021	WEB ESE CEO
Elaboracion Informe semestral de la oficina de SIAU. Ley 1474 de 2011	SEMESTRAL	30/01/2021 30/07/2021	25/01/2021 27/07/20231	WEB ESE CEO
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	15/03/2021	11/03/2021	FURAG
Informe de control interno contable. Resolucion 193 del 2016 (28 de febrero)	ANUAL	28/02/2021	26/02/2021	CHIP
Elaboracion 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 deia del mes)	TRIMESTRAL	28/02/2021 30/05/2021 30/08/2021 30/11/2021	26/02/2021 28/05/2021 29/08/2021 29/11/2021	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. Circular 12 del 2 de febrero de 2007. Circular No.17 de 2011. LEY 1712 DEL 2014	ANUAL	20/03/2021	8/03/2021	Dirección Nacional de Derecho de Autor
Registro de avances Control Interno en plataforma SIA MISIONAL - Formato F-23 - Planes de Mejora Contraloría Municipal de Neiva - Formato F-35 - Evaluación y seguimientos	ANUAL Y SEMESTRAL (F23)	28/02/2021 22/07/2021	19/02/2021 15/07/2021	SIA MISIONAL
Seguimiento mapa de riesgos de anticorrupcion	TRIMESTRAL	15/01/2021 14/05/2021 14/09/2021	10/01/2021 10/05/2021 14/09/2021	WEB ESE CEO

2.1.1. Reporte del FURAG

La primera sección muestra los resultados generales de desempeño del Control Interno, la segunda sección los resultados por cada componente de MECI; la tercera sección 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.



I. Resultados generales



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

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



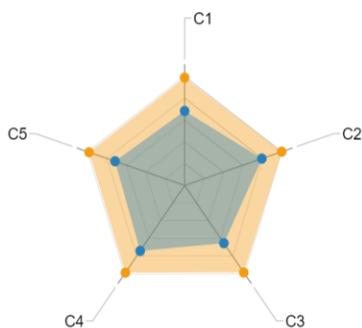
Nota 1: La información de este gráfico solo es válida cuando se filtra o consulta una sola entidad. No aplica para otros filtros.

Nota 2: Las entidades con puntajes más altos están ubicadas en



II. Índices de desempeño de los componentes MECI

● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado

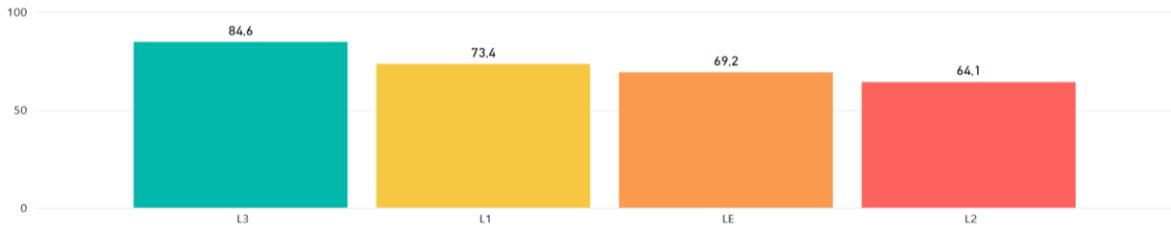


Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	67,5	97,78
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	78,7	99,00
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	64,7	97,57
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	73,3	97,73
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	71,0	97,38

Nota 1: Para las consultas por entidad el puntaje máximo corresponde al puntaje máximo del grupo par, para las demás consultas corresponde al puntaje máximo general.

Nota 2: Para los Concejos y Personerías de municipios de categorías 5 y 6, las secciones II, III y IV no aplican.

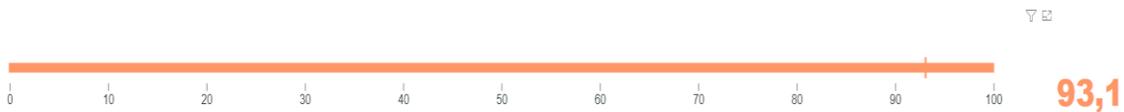
III. Índices de desempeño de las líneas de defensa



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.

Para el año 2021 la Oficina de Control Interno realizó el diligenciamiento del FURAG de la vigencia 2020, teniendo como resultado 70.3 donde se refleja aumento en la gestión de 2.5 en comparación a la vigencia 2019.

Como estrategia para la mejora en la evaluación del FURAG de la vigencia 2021, se suscribió plan de acción en compañía del área de planeación, el cual se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Actualización de la matriz de riesgo de gestión y corrupción de los procesos GE-S1-F02.
- Realizar el autodiagnóstico conforme al instrumento que tiene la función pública del código de integridad solicitando la evidencia al área de talento Humano.
- Llevar al comité de gestión y desempeño la actualización del mapa de riesgo.
- Realizar autodiagnóstico de rendición de cuentas conforme al instrumento que tiene la función pública.

2.1.1.1. Comparativo 2019 Vs 2020

I. Resultados generales



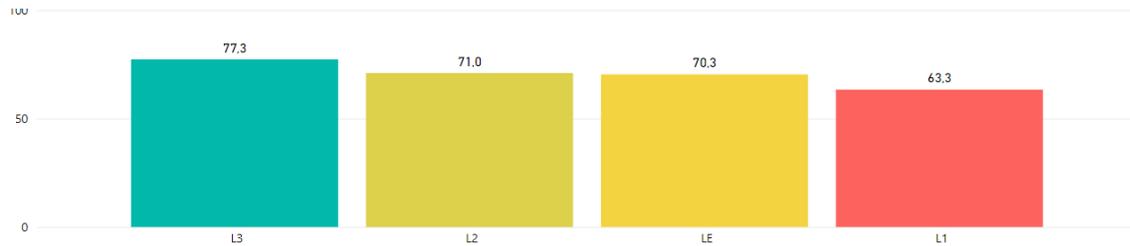
II. Índices de desempeño de los componentes MECI

Dimensión	2019		2020	
	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	72,6	98,00	67,5	97,78
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	72,8	98,00	78,7	99,00
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	68,2	98,00	64,7	97,57
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	55,9	98,00	73,3	97,73
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	70,4	98,00	71,0	97,38

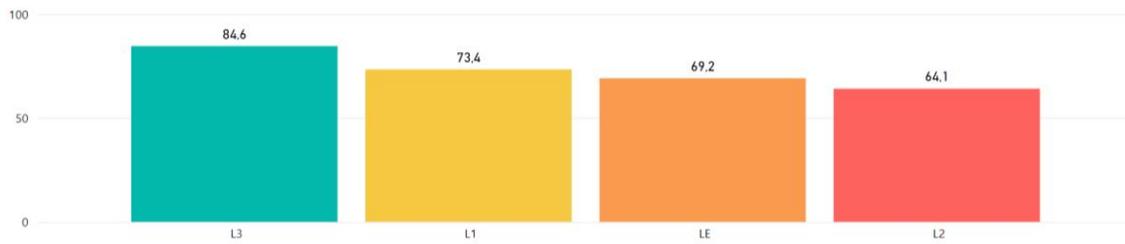


III. Índices de desempeño de las líneas de defensa

2019



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

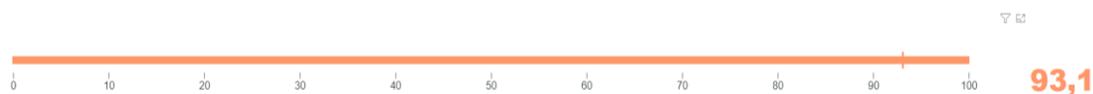


IV. Evaluación independiente del Sistema de Control Interno

2019



2020



2.1.2. Informe Atencion al ciudadano- PQRSD

Se realizo el analisis de las PQRDS del primer semestre de las areas de SIAU y Juridica y analisis de la satisfacion global que se mide a traves de las encuestas, generando las siguientes **conclusiones y recomendaciones**:

- ❖ Se observa la buena gestión por parte del Líder del área de SIAU, el cual realizo la modificación del formato SIU-S2-F1-V5 donde se incorporó el canal de recepción de las PQRSF, dando cumplimiento a la Circular 008 del 2018, además se observó el cumplimiento en la oportunidad de las respuestas de las PQRS.

Se recomienda fortalecer los canales de comunicación que tiene la ESE CEO, para que los usuarios interpongan su PQRSF, ya que se observó que solamente se están recibiendo por buzón y correo electrónico, además fortalecer el conocimiento a las personas responsables del diligenciamiento del formato SIU-S2-F1-V5, ya que se encontró falencias en el llenado de las casillas de clasificación de las PQRSF como en la oportunidad en la atención, incorporando datos que no corresponden.

- ❖ Con relación a las peticiones que gestiona el área Jurídica, observamos nuevamente falencia en la clasificación de las peticiones dando esto a confusión en el término de contestación, llegando a quedar las respuestas extemporáneas.

Se recomienda actualizar el procedimiento de derechos de petición aclarando las clases de peticiones, sus términos para la respuesta y a vez estandarizar el formato enviándolo a calidad para su codificación, como la socialización del procedimiento al personal encargado de las contestaciones. Es de recordar la importancia de la clasificación de los derechos de petición ya que dicha información se rinde anualmente a la Contraloría Municipal, se suben mensualmente a la plataforma de ley de transparencia, donde se puede evidenciar las falencias en los términos de la contestación.

- ❖ Al revisar la satisfacción del usuario, se observó que sobre las encuestas realizadas a pesar que no se actualizo la meta para la vigencia 2021, la satisfacción global está por encima del 95%, concluyendo que los servicios prestados por la ESE CEO son oportunos, y con calidad.

Se recomienda se dé aplicabilidad al procedimiento “SIU-S2-P3 “Gestión de Encuestas” en relación a la actualización de la meta de las encuestas que mensualmente se debe realizar, como también en la realización de las encuestas en todas las sedes de la ESE CEO, de esta forma damos cumplimiento a nuestro procedimiento interno y a la normatividad de habilitación y generándonos una mayor confiabilidad en los resultados generados que nos mide la satisfacción global.

- ❖ Se recomienda que el líder encargados del área de SIAU continúe con los seguimientos pertinentes (autocontrol) a las actividades propias de esta área y se tomen las medidas para el cumplimiento.

2.1.3. Evaluacion del Control Interno Contable

La Auditora Contable realizo la evaluacion al control interno contable, encontrando que la entidad aplica las politicas contables de acuerdo a la norma. Políticas contables versión2. Instructivo 002 de la Contaduría General de la Nación. Resolución 414 de 2014.

Recomendaciones:

Continuar el buen manejo de las politicas contables dando cumplimiento a nuestros procedimientos y manuales de la entidad. Continuar con el plan de capacitacion programado, dejando las evidencias respectivas. Ejecutar las actualizaciones al sistema INDIGO, hasta lograr el 100% de confiabilidad de la información de la ESE CEO.

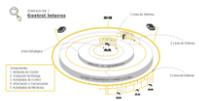
2.1.4. Evaluacion Independiente del sistema de Control Interno

La evaluación independiente del Estado del Sistema de Control Interno de la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, para la vigencia del 2020 quedo con un porcentaje del 82%, para la vigencia del 2021 1 semestre mostro un crecimiento 6% en relacion a la vigencia 2020, arrojando 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.

SEGUNDO SEMESTRE- 2020

Nombre de la Entidad:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
Periodo Evaluado:	JULIO A DICIEMBRE DEL 2020



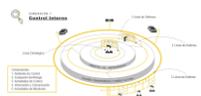
Estado del sistema de Control Interno de la entidad	82%
---	-----

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 segundo semestre de la vigencia del 2020 y de acuerdo con los lineamientos que impartió el Departamento Administrativo de la Función Pública, arrojó un nivel de operatividad de los componentes del 82%, 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-MPG
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos establecidos? (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se considera que una vez evaluado el sistema de control interno de la ESE Carmen Emilia Ospina, este es efectivo, ya que se encuentra funcionando, aporta seguridad razonable acerca de las políticas, procesos, tareas, comportamientos y demás aspectos para el buen funcionamiento de la Entidad, además este articulado con el MIPG, realiza los seguimientos de control conforme a las líneas de defensa.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una Institucionalidad (Línea de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Si	La ESE Carmen Emilia Ospina, tiene definidas 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 MPG, 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, a través de sus 5 componentes permitirá a la entidad establecer la efectividad de los controles diseñados desde la estructura del MPG.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual, Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componentes presentados en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	89%	FORTALEZAS: - La entidad ha demostrado 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 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. DEBILIDADES: - Se cuenta en proceso de aprobación e implementación el manual para el manejo de conflictos de interés. - Documentar el esquema de la línea de defensa para fomentar su aplicabilidad. - Actualización de los riesgos conforme a lo establecido por la guía de función pública.	1%	FORTALEZAS: El área de talento Humano cuenta con un equipo interdisciplinario, que tiene buena disponibilidad para el cambio. Se cuenta con el código de integridad pendiente de su implementación. Cuenta con procesos y procedimientos bien articulados para el manejo del personal desde su ingreso hasta su retiro. DEBILIDADES: falta el mecanismo para el manejo de conflictos de interés. Falta el que se establezca una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. Fortalecer las líneas de defensa a través de capacitaciones. Fortalecer el Plan Institucional de Capacitación- PIC y evaluar el impacto del mismo.	88%
Evaluación de riesgos	Si	72%	FORTALEZAS: - Se monitorean 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. DEBILIDAD: - Realizar actualización de los riesgos de la EE CEO conforme a lo dispuesto por la función pública, para lo cual al que documentar la metodología. - Actualización de las políticas de riesgos con el esquema de las líneas de defensa.	1%	FORTALEZAS: Se cuenta con políticas para la evaluación del riesgo, pendientes de su actualización conforme a lo establecido por la función pública. Se realizan seguimiento al riesgo por procesos y a los de corrupción de forma cuatrimestral y anual. La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad. DEBILIDADES: Actualización de las políticas de riesgo, actualización del riesgo por proceso, actualización del mapa de riesgo. Falta establecer metodología para la administración del riesgo como lo recomienda la guía de administración de riesgo de la función pública.	71%
Actividades de control	Si	88%	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 a la normatividad vigente. También se monitorea los riesgos a subprocesos de forma anual. DEBILIDADES: - Fortalecimiento en los diseños y actualización de controles frente a la gestión de riesgo.	21%	FORTALEZAS: La entidad cuenta con una adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación. La entidad cuenta con el sistema de calidad que evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otros instrumentos para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control. DEBILIDADES: fortalecimiento de la adecuada articulación con el sistema de garantía de la calidad en salud, para una integración adecuada a la estructura de control de la entidad. Fortalecimiento en los diseños y actualización de controles frente a la gestión de riesgo.	67%
Información y comunicación	Si	73%	FORTALEZAS: - Se cuenta con procedimientos y herramientas tecnológicas que permiten tener información confiable, íntegra y segura de acuerdo a 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 canales de información para las PORSD donde se establecido las denuncias anónimas. - La entidad cuenta con lenguaje de señas y audio en la página WEB para una comunicación efectiva. DEBILIDADES: - Establecer procedimiento para evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con los Grupos de Valor. - Documentar las políticas de operación relacionadas con la administración de la información. - Actualización de tablas de retención para mejorar la gestión del sistema de información de la entidad.	10%	FORTALEZAS: La entidad cuenta con diversos canales de comunicación que facilitan la comunicación interna y externa. La entidad cuenta con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza) y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la respuesta). Se cuenta con el sistema de información y atención al ciudadano como mecanismo de participación ciudadana. Se evalúa periódicamente la percepción que tiene los usuarios frente a los servicios prestados. DEBILIDADES: Faltan políticas para la seguridad de la información. Se encuentra desactualizado los procedimientos del subproceso sistema automatizado. La ESE CEO cuenta con canales para que usuarios interpongan POR, pero falta la actualización para las denuncias anónimas. La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar. Falta de análisis periódicamente de la caracterización de los usuarios o grupos de valor, a fin de actualizar procesos y procedimientos cuando sea pertinente.	63%
Monitoreo	Si	88%	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 Segueimientos 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. DEBILIDADES: - Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan.	5%	FORTALEZAS: Se cuenta con un grupo interdisciplinario de auditores que conforma la oficina de control interno. Se cuenta con resolución de conformación del comité de coordinación de control interno. Se cuenta con plan anual de auditorías que se encuentra dentro del plan de acción de la oficina de control interno debidamente publicado en la WEB de la ESE CEO. Se da cumplimiento al plan de acción, realizando las auditorías programadas y seguimiento a planes de mejora. DEBILIDADES: La entidad no cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo o las deficiencias en sus actividades. Fortalecimiento en los monitores y evaluaciones a los servicios tercerizados acorde a su nivel de riesgo. Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros)	83%

PRIMER SEMESTRE 2021

Nombre de la Entidad:	ESE CARMEN EMILIA OSPINA
Periodo Evaluado:	ENERO A JUNIO DEL 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad	88%
---	------------

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todas las componentes operando (juntas 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 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.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos institucionales? (SI/Justifique su 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-MPG
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una Institucionalidad (Línea de Defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (SI/No) (Justifique su respuesta)	Si	Se considera que una vez evaluado el sistema de control interno de la ESE Carmen Emilia Ospina, este es efectivo, ya que se encuentra funcionando, aporta seguridad razonable acerca de las políticas, procesos, tareas, comportamientos y demás aspectos para el buen funcionamiento de la Entidad, además este articulado con el MIPG, realiza los seguimientos a riesgos, realiza actividades de control conforme a las líneas de defensa.
	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, a través de sus 5 componentes permitirá a la entidad establecer la efectividad de los controles diseñados desde la estructura del MIPG.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	95%	<p>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.</p> <p>- 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.</p> <p>- El área de talento humano está comprometido con el plan de capacitación y bienestar social, dando cumplimiento a directrices impartidas en ellas.</p> <p>- Se tiene estructurada toda la planeación estratégica, acciones, responsables, metas, tiempos, indicadores de cumplimiento que faciliten el seguimiento y aplicación de controles.</p> <p>- Se empezó a implementar los mecanismos para el manejo de conflictos de interés</p> <p>- 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</p> <p>- Se actualizó 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.</p> <p>DEBILIDADES: - Se encuentra en proceso de aprobación e implementación el manual para el manejo de conflictos de interés.</p> <p>- Está pendiente la socialización de la política para la administración del riesgo y la actualización del riesgo por procesos, riesgo de corrupción y riesgo de sistemas.</p> <p>- Se encuentra en proceso la actualización del manual de funciones.</p> <p>- Realización de los auto diagnósticos de las políticas de gestión y desempeño institucional-MPG para la vigencia 2021.</p>	1%	<p>FORTALEZAS: - La entidad ha demostrado 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.</p> <p>- 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.</p> <p>- El área de talento humano está comprometido con el plan de capacitación y bienestar social, dando cumplimiento a directrices impartidas en ellas.</p> <p>- Se tiene estructurada toda la planeación estratégica, acciones, responsables, metas, tiempos, indicadores de cumplimiento que faciliten el seguimiento y aplicación de controles.</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>- Se cuenta en proceso de aprobación e implementación el manual para el manejo de conflictos de interés.</p> <p>- Documentar el esquema de la línea de defensa para fomentar su aplicabilidad.</p> <p>- Actualización de los riesgos conforme a lo establecido por la guía de planeación y gestión.</p>	94%
Evaluación de riesgos	Si	84%	<p>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.</p> <p>- La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.</p> <p>- Se actualizó 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.</p> <p>- Actualización de la matriz de gestión, corrupción y sistemas GE-S1-F06-V1</p> <p>- Actualización de Calificación Del Impacto De Riesgo De Corrupción GE-S1-F05-V1</p> <p>DEBILIDADES: - Falta de socialización e implementación de las políticas para la administración del riesgo.</p> <p>- Falta de implementación y actualización de los riesgos conforme a la nueva matriz.</p> <p>- Falta mayor compromiso de la segunda línea de defensa para la implementación y seguimiento del riesgo por procesos, de corrupción e informáticos.</p>	1%	<p>FORTALEZAS: - Se monitorean 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.</p> <p>- La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad.</p> <p>DEBILIDAD: - Realizar actualización de los riesgos de la EE CED conforme a lo dispuesto por la función pública, para lo cual se debe documentar la metodología.</p> <p>- Actualización de las políticas de riesgos con el esquema de la línea de defensa.</p>	83%
Actividades de control	Si	99%	<p>FORTALEZA: - Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad realiza adecuada división de funciones.</p> <p>- La entidad cuenta con manual de funciones, con mapa de procesos, con estructura organizacional, el cual facilita la división de funciones en diferentes personas.</p> <p>- 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.</p> <p>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.</p> <p>- 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.</p>	21%	<p>FORTALEZA: - Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad realiza adecuada división de funciones.</p> <p>- La entidad cuenta con manual de funciones, con mapa de procesos, con estructura organizacional, el cual facilita la división de funciones en diferentes personas.</p> <p>- Se cuenta con una Política establecida y mapa de riesgo con su seguimiento cuatrimestral, de acuerdo a la normatividad vigente. También se monitorea los riesgos a subprocesos de forma anual.</p> <p>DEBILIDADES: - Fortalecimiento en los diseños y actualización de controles frente a la gestión de riesgo.</p>	69%
Información y comunicación	Si	75%	<p>FORTALEZAS: - La información se encuentra debidamente insertada en el archivo digital del área. Fotografías, videos, boletines, videos, información institucional entre otros. Rete Espacio, Chat H (Remotón). La actualización se realiza de forma permanente tanto en el archivo digital, a través de página web, Intranet, redes sociales y en charlas físicas también.</p> <p>- Se cuenta con los sistemas de información (Intranet - SIMO-Intranet) cada uno tiene sus manuales donde especifica el mecanismo para desarrollar la actividad y su actualización.</p> <p>- La entidad se encuentra realizando la actualización de la página WEB, con resalta a transparencia y acceso a la información Pública, (se ha actualizado el tema de máxima velocidad, información con el 411, ajustes generales de la página).</p> <p>- Se cuenta con procedimientos y herramientas tecnológicas que permiten tener información confiable, íntegra y segura de acuerdo con los roles y responsabilidades establecidas.</p> <p>- Se maneja una constante comunicación a través de la página web y redes sociales de temas relevantes y de interés al ciudadano.</p> <p>- La entidad cuenta con lenguaje de señas y audio en la página WEB para una comunicación efectiva.</p> <p>DEBILIDADES: - Actualización de tablas de retención para mejorar la gestión del sistema de información de la entidad.</p> <p>- Falta en la actualización y medición permanente de la información que se sujeta a ley de transparencia.</p> <p>- Actualización de los riesgos de seguridad digital.</p> <p>- Gestión de la información que asegure la conservación de la memoria institucional y la evidencia en la defensa jurídica de la entidad</p>	10%	<p>FORTALEZAS: - Se cuenta con procedimientos y herramientas tecnológicas que permiten tener información confiable, íntegra y segura de acuerdo a los roles y responsabilidades establecidas.</p> <p>- Se maneja una constante comunicación a través de la página web y redes sociales de temas relevantes y de interés al ciudadano.</p> <p>- La entidad cuenta con canales de información para las PORSD donde se establecieron las denuncias anónimas.</p> <p>- La entidad cuenta con lenguaje de señas y audio en la página WEB para una comunicación efectiva.</p> <p>DEBILIDADES: - Establecer procedimiento para evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con los Grupos de Valor.</p> <p>- Documentar las políticas de operación relacionadas con la administración de la información.</p> <p>- Actualización de tablas de retención para mejorar la gestión del sistema de información de la entidad.</p>	65%
Monitoreo	Si	98%	<p>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 Seguidamientos vigente</p> <p>- Implementación de procedimiento para el seguimiento y evaluación de la gestión y monitoreo continuo por parte de la 2a. Línea de Defensa.</p> <p>- Evaluación de la información de percepción de los servicios (PQRS) para la mejora del sistema de control interno de la entidad.</p> <p>- Evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento producto de auditorías y seguidamientos por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>- Seguimiento a informes de Ley</p> <p>- Cumplimiento del plan de acción y plan anual de auditorías de la vigencia 2021.</p> <p>DEBILIDADES: - Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan.</p> <p>- Implementación del nuevo formato de riesgo de gestión.</p> <p>- Actualización del manual de auditorías.</p> <p>- Auto diagnóstico de la política de Control Interno vigencia 2021.</p>	5%	<p>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 Seguidamientos vigente</p> <p>- Implementación de procedimiento para el seguimiento y evaluación de la gestión y monitoreo continuo por parte de la 2a. Línea de Defensa</p> <p>- Evaluación de la información de percepción de los servicios (PQRS) para la mejora del sistema de control interno de la entidad.</p> <p>- Evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento producto de auditorías y seguidamientos por parte de la Oficina de Control Interno.</p> <p>DEBILIDADES:</p> <p>- Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan</p>	93%

Con relación a las fortalezas y debilidades las enunciaremos respecto a los componentes del sistema de control Interno:

❖ **Ambiente de Control:**

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.

- 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 de aprobación e implementación el manual para el manejo de conflictos de interés.

- Está pendiente la socialización de la política para la administración del riesgo y la actualización del riesgo por procesos, riesgo de corrupción y riesgo de sistemas.

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

- Realización de los autodiagnósticos de las políticas de gestión y desempeño institucional-MIPG para la vigencia 2021.

❖ **Evaluación del Riesgo:**

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 de socialización e implementación de las políticas para la administración del riesgo.

- 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.

❖ Información y Comunicación:

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:**

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 auditoría

- Autodiagnóstico de la política de Control Interno vigencia 2021.

2.1.5. Informe de Austeridad del Gasto

Para la vigencia 2021 al corte de diciembre, se ha realizado evaluación de la austeridad del primero, segundo y tercer trimestre, el cuarto trimestre se realiza en la vigencia 2022.

RECOMENDACIONES

1. 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, es difícil enfrentar una situación que en ningún momento tenía establecidos unos parámetros estándar para tratamientos, manejos, formas, ya que todo fue producto de la improvisación e intentar hacer lo mejor posible por parte del personal de la salud frente a la población vulnerable “ciudadanía”, en los cuales se tuvo una muy buena respuesta frente de la pandemia a las personas afectadas.
2. Se recomienda al área de Gestión Ambiental, efectuar 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.
3. Se recomienda continuar con las buenas prácticas para el ahorro del consumo de los servicios públicos, el incremento que presento es normal por incremento de tarifas que se realizan anualmente, no presenta crecimientos anormales dentro de los periodos analizados.
5. Se recomienda tener mucho 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 está viviendo por la pandemia, se ve muy afectada la economía, y disminución notoria en los ingresos.

2.2. Otras Actividades con enfoque a la prevención

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

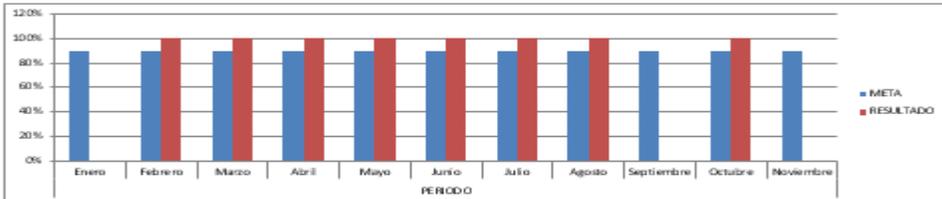


AREA	INFORME	PERIODICIDAD	PLATAFORMA	MES INCUMPLIMIENTO
IAMI	formulario de auto apreciación y porcentaje de cumplimiento de la estrategia iami	trimestral los 5 primeros días hábiles del mes siguiente	secretaria de salud departamental- eje de nutrición	abril 9 (reportado solo hasta el 28 de junio) 8 julio (a la fecha sin reporte) 7 octubre (a la fecha sin reporte) 7 diciembre (a la fecha sin reporte)
CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS	informe de avance contractual y seguimiento del convenio	mensual los 10 primeros días calendarios del mes siguiente	secretaria de salud municipal	Enero, febrero y marzo con fecha extemporánea. Sin reportar meses de abril, mayo, junio, julio, octubre, noviembre y diciembre
DETECCIÓN TEMPRANA	informe de demanda inducida reporte de anexo técnico res. 202/2021	trimestral primeros 10 días de cada trimestre mensual (15 días de cada mes)	correo electrónico institucional (informe para las eapb) informe para eapb (cada eapb tiene diferente plataforma web)	Abril 10 (reporte el 14 de abril) Julio 10 (reporte el 27 de agosto) Octubre 10 (reporte el 10 de noviembre) Mayo, junio y julio (en espera por modificación fechas) Octubre, noviembre y diciembre(sin reportar evidencia)
RIESGO CARDIOVASCULAR	Informe trimestral de seguimiento enfermedades crónicas informe cuenta de alto costo de erc-hta. Dm	trimestral los 10 primeros días hábiles del mes siguiente mensual los 5 primeros días hábiles del mes siguiente	Se envía por email a la Secretaria de salud Municipal en Excel- claudiacronicalacaldia@hotmail.com Se envía por email en Excel a las EPS con las que se tiene contratos	Julio 10 (reporte 22 de julio) De 12 meses, reporta con fecha extemporánea 6 de ellos(feb, marzo, mayo, junio, julio y noviembre)
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA- TAB	crueh tiempos sirc consolidado de referencias y contrarreferencias	mensual Los primeros 5 días hábiles del mes siguiente	correo certificado se envía la secretaria de salud municipal	De 12 meses, reporta con fecha extemporánea 4 de ellos(enero, feb, marzo, mayo)
PLANEACION	FP004	anual Fecha de corte: 30 de diciembre Fecha de reporte: Al 10 de abril de cada año	SUPERSALUD	Abril 10 (reporte 12)
CONTABILIDAD	FP001 FP002 FP00 FP005	anual- Fecha de corte: 30 de diciembre Fecha de reporte: Al 10 de abril de cada año	SUPERSALUD	Abril 10 (reporte 12)

Con relacion a los informes de la supersalud, se aclara que para el mes de abril nos apareció esos informes que anteriormente la ESE CEO no rendían, donde el 12 de abril al conocer de ellos, los lideres los rindieron quedando extemporáneamente, posteriormente se observa que los informes fueron eliminados por la supersalud para rendición por parte de la ESE CEO, quedando con la incertidumbre si esos informes nos afectara para la calificación de oportunidad o sancion por incumplimiento.

2.2.2. Medición del indicador de la OCI

INDICADORES DE CALIDAD

FORMATO							CODIGO				
FICHA INDICADOR DE GESTIÓN							VERSION	VICENCIA			
PRESENTADO POR:							AUDITOR EXTERNO				
SUBPROCESO:							LIDER DE CONTROL INTERNO				
PERIODO A PRESENTAR:							ENERO A DICIEMBRE DE 2021				
FECHA DE PRESENTACIÓN:							Martes 14/12/2021				
ALCANCE	NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	META	FRECUENCIA	FUENTE DE INFORMACIÓN						
Garantizar el cumplimiento del programa de auditorias de la ESE CEO	Cumplimiento del programa de auditorias	Numerador: Numero de auditorias realizadas	90%	Mensual	Fuente del numerador		Informe de auditoria				
		Denominador: Numero de auditorias programadas			Fuente del						
		Unidad de medición: %									
		Factor: *100%									
		Formula del indicador: División de numerador por denominador									
DATOS OBTENIDOS											
	PERIODO										
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
META	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
RESULTADO	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!
Data del mes actual	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
Data del año anterior	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
GRÁFICO DE BARRAS											
											
ANÁLISIS Y OBSERVACIONES											
Se dio cumplimiento a las auditorias programadas para la vigencia 2021, según nuestro plan de acción.											
ACCIONES DE MEJORA											

INDICADORES DE PLANEACION

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA PLAN DE ACCION 2021 - OFICINA DE CONTROL INTERNO							
OBJETIVOS CORPORATIVOS	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	METAS	INDICADORES	METAS PLAN DESARROLLO	META EJECUTADA	OBSERVACIONES DE ENERO A MARZO/2019
					2021-2024	2021	
3. Garantizar la efectividad gerencial de la ESE Carmen Emilia Ospina en su rentabilidad	Fortalecimiento de la 1 y 2 línea de defensa para el mantenimiento efectivo de los controles interno, como lo dispone la septima dimencion del MIPG.		Ejecutar el 90% de las capacitaciones o boletines Programados en el plan de accion de la OCI, aprobado por el comité institucional de Control Interno	Numero de capacitaciones o boletines realizados / Numeros de capacitaciones o boletines programados en el mes	90%	100%	BOLETIN PROGRAMADOS Y REALIZADOS MES DE OCTUBRE/2021: 1. Boletín No. 5 "Por una cultura de Autocontrol" <i>Evidencia:</i> Boletín No.5 BOLETIN PROGRAMADOS Y REALIZADOS MES DE DICIEMBRE/2021: 1. Boletín No. 6 "Por una cultura de Autocontrol" <i>Evidencia:</i> Boletín No.6
			Ejecutar el 90% del Programa Anual de Auditoria aprobado para cada vigencia, incluyendo las auditorías especiales	Numero de auditorias realizadas / Numero de auditorias programadas en el mes	90%	100%	AUDITORIA PROGRAMADAS Y EJECUTADAS MES DE OCTUBRE/2021: 1. Auditoria a contratos de compra de equipos biomédicos para CAIMI <i>Evidencia:</i> Apertura auditoria . AUDITORIAS PROGRAMADAS Y EJECUTADAS MES DE NOVIEMBRE/2021- No se realizaron segun nuestro plan de accion. AUDITORIAS PROGRAMADS Y EJECUTADAS MES DE DICIEMBRE/2021- No se realizaron segun nuestro plan de accion.
			Ejecutar el 100% de los informes de ley que presenta a OCI, con oportunidad, eficacia y pertinencia	Numero de informes de Ley presentados y publicados / Numero de informes de ley programados en el mes conforme a la normatividad vigente	100%	100%	INFORME PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN EL MES DE OCTUBRE DE 2021- No se realizaron segun nuestro plan de accion. INFORME PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2021: 1. informe de austeridad y eficiencia en el gasto III Trimestre. <i>Evidencia:</i> Publicacion pagina web institucional. INFORME PROGRAMADOS Y REALIZADOS EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2021- No se realizaron segun nuestro plan de accion.
social y financiera, mediante el fortalecimiento de la capacidad organizacional y empresarial con un enfoque de competitividad.	Medir la eficiencia de los procesos de la oficina de control interno en busca de cumplimiento de los objetivos Institucionales.	Dar cumplimiento al plan de accion anual de la oficina de Control Interno aprobado por el Comité Institucional de control Intero siguiendo los lineamientos del MIPG	Realizar seguimiento al 90% de los planes de mejoramiento suscritos tanto internos como externos	Numero de seguimientos realizados / Numero de seguimethnos programados en el mes	90%	100%	SEGUIMIENTOS REALIZADOS EN EL MES DE OCTUBRE 2021: 1. Seguimiento a Comites Institucionales Vig. 2020 2. Seguimiento plan de mejora al auditoria insumos covid 3. Seguimiento plan de mejora al auditoria insumos papeleria. SEGUIMIENTOS REALIZADOS EN EL MES DE NOVIEMBRE 2021 No se realizaron segun nuestro plan de accion. SEGUIMIENTOS REALIZADOS EN EL MES DE DICIEMBRE 2021: 1. Seguimiento a plan de mejora Sarlaf. 2. Seguimiento al plan de mejora planeacion. 3. Seguimiento plan de mejora al auditoria insumos covid 4. Seguimiento plan de mejora al auditoria insumos papeleria.
<p>OLGA MILENA MARTINEZ LAGUNA Lider de control Interno Consultorias Integrales Neiva SAS</p>							

INDICADORES DE GESTION

ESE CARMEN EMILIA OSPINA													
INDICADORES Y ESTANDARES POR AREA DE GESTION									AREA RESPO NSABL E	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO
AREA DE GESTION	INDICADOR	ESTANDAR PARA	LINEA DE BASE	METAS PARA LA VIGENCIA					1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE	
				2020	2021	2022	2023						
FINANCIERÍA ADMINISTRATIVA	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Realizado el seguimiento a la oportunidad de cague de la información a la plataforma de la supersalud, y revisadas la evidencias enviadas por los líderes responsables, se observa que para el primer trimestre de la vigencia (enero a Marzo), se dio cumplimiento a el indicador	Realizado el seguimiento a la oportunidad de cague de la información a la plataforma de la supersalud, y revisadas la evidencias enviadas por los líderes responsables, se observa que para el segundo trimestre de la vigencia (Abril a junio), se subió oportunamente los siguientes informes de ley : PAMEC- ST002, FT025- REPORTE FACTURACION, FT002- PUBLICACION ESTADOS FINANCIEROS, FT004- CUENTAS POR PAGAR-ACREEDORES, GT003- RENDICION	Realizado el seguimiento a la oportunidad de cague de la información a la plataforma de la supersalud, y revisadas la evidencias enviadas por los líderes responsables, se observa que para el tercer trimestre de la vigencia (julio a septiembre), se subió oportunamente los siguientes informes de ley : PLANEACION- Archivo de datos generales, CARTERA- FT025 reporte de facturación, CONTABILIDAD FT004 cuentas por pagar acreedores, CONTRATACION- FT026	Realizado el seguimiento a la oportunidad de cague de la información a la plataforma de la supersalud, y revisadas la evidencias enviadas por los líderes responsables, se observa que para el cuarto trimestre de la vigencia (octubre a diciembre), se subió oportunamente los siguientes informes de ley : PLANEACION- GT001 codigo de conducta y buen gobierno ips bajo el formato , CARTERA- FT025 reporte de facturación, CONTABILIDAD- FT004 cuentas por pagar acreedores, CONTRATACION- FT026	
	11	Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Plan cumplirse	Conforme al seguimiento que el área de control interno, realiza a la oportunidad del reporte de la información al decreto 2193/04 y las evidencias allegadas por las áreas encargadas del reporte, podemos decir que para el primer trimestre (enero a Marzo) se dio el cumplimiento de este indicador, correspondiente al cague del IV trimestre de la vigencia 2020.	Conforme al seguimiento que el área de control interno, realiza a la oportunidad del reporte de la información al decreto 2193/04 y las evidencias allegadas por las áreas encargadas del reporte, podemos decir que para el segundo trimestre (Abril a junio) se dio el cumplimiento de este.	Conforme al seguimiento que el área de control interno, realiza a la oportunidad del reporte de la información al decreto 2193/04 y las evidencias allegadas por las áreas encargadas del reporte, podemos decir que para el tercer trimestre (julio a septiembre) se dio el cumplimiento de este.	Conforme al seguimiento que el área de control interno, realiza a la oportunidad del reporte de la información al decreto 2193/04 y las evidencias allegadas por las áreas encargadas del reporte, podemos decir que para el tercer trimestre (julio a septiembre) se dio el cumplimiento de este.	

Página 1

2.2.3. Acompañamiento Inventarios de insumos y suministros.

Para el mes de junio desde el 01 al 30 y julio desde hasta el 22, se realizo acompañamientos al inventario físico de insumos y suministros de las áreas ESE CEO.

Para el mes de octubre a diciembre, se realizo acompañamiento a los inventarios de activos fijos de toda la ESE CEO.

2.2.4. Fomento de la cultura de Autocontrol

Para la vigencia 2021, se realizaron boletines con el objeto de fomentar la cultura de autocontrol, igualmente se realizo capacitacion en Riesgos de gestion y corrupciion y riesgos fiscales.

Entre los temas de los boletines tenemos:

- Boletin 001 – febrero - Principios del Control Interno
- Boletin 002 – Abril - Autocontrol
- Boletin 003 – Junio - Ques Control Interno y sus funciones
- Boletin 004 – agosto - Control Fiscal
- Boletin 005 – Octubre- Control Interno y Gestion del Riesgo
- Boletin 006 – Diciembre- Supervicion e Interventoria Contractual

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

La oficina de control Interno, asistio como invitado permanente para la vigencia 2021 a los comites de Conciliacion y Defensa judicial y a los comites Institucional de Gestion y Desempeño.

2.2.6. Comité Institucional de Control Interno

Para la vigencia del 2021, se realizaron los siguientes comites de Coordinacion de Control interno dan cumplimiento a lo programacion en el plan de accion:

1. Comité Ordinario - 26 de enero del 2021
2. Comité Ordinario - 21 de abril del 2021
3. Comité Ordinario - 24 de agosto del 2021
4. Comité Ordinario - 27 de diciembre 2021

2.2.7. Actualizacion de proceso de Control Interno

La oficina de control interno con el objeto de ir a corde a la normatividad vigente realizo las actualizaciones pertinentes en esta vigencia, para que el subproceso quedara totalmente actualizado.

Docuemtos actualizado:

Manual “GESTIÓN DE CONTROL INTERNO”

- CI-S1-M1-V5 Manual Control interno y auditoría basada en riesgo
- CI-S1-M2-V2 Manual código ética del auditor

Documento de apoyo

- CI-S1-D4-V2 Estatuto auditoría interna

Formatos

- CI-S1-F9-V2 Carta de representación
- CI-S1-F14-V1 Evaluación de gestión por dependencia

3. EVALUACION DE LA GESTION DEL RIESGO

3.1. Seguimiento al Plan Anticorrupción y atención al ciudadano Y Riesgo de Corrupción

Para la vigencia 2021, se ha realizado dos seguimientos conforme lo establece la ley 1474 de 2011, el Decreto 124 de 2016 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

- Primer seguimiento al corte de abril del 2021, publicado el 10 de mayo.
- Segundo seguimiento al corte de agosto del 2021, publicado el 14 de septiembre.
- Tercer seguimiento queda pendiente realizarlo al corte del 30 de diciembre para publicación el 10 de enero del 2022 en página web de la ESE CEO.

Oportunidades de Mejora:

I) Componente Racionalización de Tramite- En relación a este Indicador se observa que no se ha socializado y divulgado por otros medios fuera de la WEB, los tramites inscritos al SUIT, de igual forma les recomiendo que el tema de 01-CI-012306-I-2021 Tramites debe llevarse al comité de Gestión y Desempeño.

II) Componente Rendición de Cuentas- Encuesta de satisfacción a grupos de interés- Se evidencia que la actividad no se realizó, por lo que recomendamos que se dé cumplimiento a la actividad cuan se realicen audiencias públicas con los grupos de interés.

III) Atención al Ciudadano: En relación a este indicador se observó que no se ha llevado al Comité de Gestión y desempeño la aprobación del plan de acción de la política de servicio al ciudadano, ni el seguimiento del mismo, ni se han realizado campañas promoviendo el uso de los canales de atención para la ciudadanía en general. Ni se han publicado los resultados de la calificación de las encuestas de satisfacción de atención al usuario en la WEB ESE CEO. Se recomienda a dar cumplimiento a las actividades conforme lo establece el indicador.

IV) Transparencia y acceso a la información- En relación a la actualización de la información del Botón Covid – 19 en el portal web de la ESE Carmen Emilia Ospina, se evidencia la no actualización de la información en el link de Covid 19, y la no actualización del Índice de Información Clasificada y Reservada en la sección de “Ley de Transparencia” de la página web de la ESE Carmen Emilia Ospina.

En relación a funcionalidad de la página WEB para personal con dificultad visual, se observa que no se cumple con la actividad como lo expone el indicador, se recomienda que se analice el indicador y se verifique si es alcanzable.

3.2. Seguimiento al mapa de Riesgo de Procesos

Para la vigencia 2021 a corte del mes de agosto, se realizó el seguimiento a los 34 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. El seguimiento fue publicando en el mapa de procesos en el botón de riesgos.

En mira de dar cumplimiento a los hallazgos de la contraloría Municipal en relación a la desactualización de la matriz de riesgo, la oficina de control interno realizó el acompañamiento en la actualización de las políticas de riesgo, el formato de la matriz de riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital, igualmente realizó capacitaciones a los líderes de los procesos sobre los riesgos y el diligenciamiento de la matriz de riesgo para su actualización, finalizando con mesas de trabajo donde se actualizó los riesgos de gestión y corrupción para la vigencia 2022.

4. LIDERAZGO ESTRATEGICO

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

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

5. RELACION CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

Auditoria de Cumplimiento de la vigencia 2020

Entre los meses de septiembre a noviembre de esta vigencia 2021, la contraloría Municipal de Neiva realizó auditoría de Cumplimiento a la vigencia 2020, llevándose en completa normalidad y cumpliendo los las evidencias solicitadas, el día 5 de noviembre entregaron el informe definitivo donde quedaron solamente hallazgos administrativos. Se suscribió plan de mejora para los 12 hallazgos administrativos y 6 hallazgos que pasaron de la vigencia 2019, siendo adoptado por la ESE CEO bajo la Resolución 413 del 11 de noviembre del 2021, seguimiento que debe ser realizado entre el 30 de enero al 30 de julio del 2022.

Nota: Para consulta de los informes los puede verificar en la WEB de ESE CEO.
<http://esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/2014-12-16-22-03-21/2014-12-17-17-26-01>

OLGA MILENA MARTINEZ LAGUNA
Líder Control Interno
Original firmado.