INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD:	Empresa Social del Estado Hospital San Carlos
JEFE DE CONTROL INTERNO:	Héctor José Muñoz Montes
PERIODO EVALUADO:	Noviembre 2017 a Febrero de 2018
FECHA DE ELABORACIÓN:	Febrero 28 de 2018

MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Avances

La E.S.E. Hospital San Carlos, en cumplimiento de la normatividad expedida en el Decreto 1499 de septiembre de 2017, adoptó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el cual se hizo oficial mediante el Acto Administrativo – Resolución No. 087 del 21 de noviembre de 2017.

De acuerdo a las instrucciones orientadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, la E.S.E. Hospital San Carlos, desarrollo el cuestionario del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión FURAG II, este documento que se respondió en línea se trabajó con cada uno de los Coordinadores de Área de la institución, a los que les correspondía responder por el conocimiento específico de su labor.

Tal como se expuso en el informe anterior, dando cumplimiento al Decreto 943 de 2014, respecto a la verificación del Modelo Estándar de Control Interno, se realizó la verificación de los documentos (manuales, guías, protocolos), para verificar, si se actualizan, en caso de que así lo amerite.

De acuerdo a la expuesto, también debe tenerse en cuenta que se debe realizar un análisis de la información, para ser consecuentes con el Modelo Integral de Planeación y Gestión, para ello, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, debe realizar su labor, teniendo como norte el Manual Operativo de Planeación y Gestión.

En cuanto al Desarrollo del Talento Humano, debe comentarse que la entidad en la aplicación de la política de capacitación, cumplió con lo expuesto en el cronograma planteado desde inicio de año, por ello cada miércoles en horas de la tarde se designó como horario de capacitación de todo el personal de la entidad.

En cuanto al Componente de Direccionamiento Estratégico, es relevante decir, que se realizó la actualización del Mapa de Procesos, documento que tuvo la participación de todos los Jefes de Área de la institución, se tomó esta decisión debido a que en la revisión del documento que se tenía se encontró que había obsolescencia de algunas descripciones de los procesos.

En lo correspondiente a los Indicadores de Gestión, por decisión Gerencial, se viene realizando una reunión de manera trimestral, para observar su comportamiento, este análisis se realiza en el Comité de Gerencia, allí se dan a conocer datos presupuestales, financieros y asistenciales, de acuerdo a los resultados presentados, la Dirección de la entidad toma decisiones.

Con la expedición del Decreto 1499 de 2017, y exactamente en lo que tiene que ver con el artículo 2.2.22.2.1. Políticas de Gestión y de Desempeño Institucional, la entidad ha tomado la decisión de verificar los documentos que se tienen y si en realidad están adecuados a las solicitudes, o si se deben de adoptar nuevos documentos para dar cumplimiento a lo que corresponde en la normatividad.

En lo concerniente al componente de Administración del Riesgo, la entidad inicio tempranamente la construcción del documento que regirá como Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, para el año 2018, este documento fue revisado en su totalidad y actualizado, para dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 1474 Artículo 73, y dispuesto en el Manual Integral de Planeación y Gestión.

MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Avances

Desde inicio de año se presentó el Plan de Auditoria para la E.S.E. Hospital San Carlos, tanto en lo administrativo con Control Interno, como lo asistencial con Calidad, de acuerdo a este plan se vienen cumpliendo los cronogramas planteados con auditorias en las diferentes áreas de la institución.

En cuanto a los Planes de Mejoramiento, en el mes de agosto del presente año se recibió en la E.S.E. Hospital San Carlos, el documento Evaluación de la Cuenta de la vigencia 2016, por parte de la Contraloría Departamental del Huila, este informe presento dos hallazgos en el primer hallazgo incluyó seis (6) puntos, en el segundo hallazgo incluyó un punto, la Oficina de Control Interno al conocer el documento de inmediato presento la propuesta de seguimiento y mejoramiento a los puntos presentados, es relevante comentar que de algunos de ellos ya se habían realizado acciones de mejoramiento, las cuales quedarán en el documento de seguimiento que se presentará a la Contraloría Departamental, de otro lado debe decirse, que del hallazgo uno (1), existe un punto que empezará a desarrollarse en la vigencia 2018, correspondiente al que tiene que ver con las tablas de retención, se proyecta para ese periodo por la situación financiera y presupuestal del hospital para terminar el año de la vigencia 2017.

La autoevaluación de la entidad se inició en el mes de noviembre de 2017, siguiendo las recomendaciones entregadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, para ello la misma entidad a través de la página web http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/index.html dispuso de la herramienta para trabajar la autoevaluación y de acuerdo a los resultados dispuso que se debían construir los planes de acción para la entidad que regirán para el año 2018.

Dificultades
La dificultad que se debe mencionar tiene que ver con la parte presupuestal que se presentó para culminar la vigencia 2017, aunque se realizaron esfuerzos por parte de la administración, se debió trabajar aplicando austeridad en todas las áreas de la entidad, es tal vez un campanazo de alerta para la situación financiera que se debe abordar en el año 2018. En lo referente a la autoevaluación, se detectó dificultad sobre todo con el tema de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, ya que dentro de las solicitudes que se vienen para esta área son complejas, la autoevaluación a realizar requerirá de un mayor tiempo por lo expuesto. Con respecto al proceso para realizar la venta de activos que por su obsolescencia ya no utiliza la entidad, ha presentado demoras, generando inconvenientes en la contabilidad de acuerdo a la aplicación de las nuevas normas de información financiera NIF.

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
Avances
Es de relevancia comentar que se ha realizado un trabajo donde se ha sensibilizado a los funcionarios sobre la importancia de tener una buena comunicación, tanto a nivel interno como externo, para ello se han utilizado medios como la página web de la institución, la constante comunicación a través de la Asociación de Usuarios de la entidad, y una situación importante es la revisión periódica del buzón de preguntas, quejas, reclamos y sugerencias PQRS que maneja la institución a través del comité dispuesto para ello. La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN CARLOS, ha venido cumpliendo con todos los informes que debe presentar ante las diferentes instancias que la normatividad solicita, en estos reportes no se han

presentado inconvenientes, el personal al que le corresponde esta responsabilidad se ha capacitado constantemente a fin de dar el cumplimiento adecuado.

Se ha realizado un seguimiento adecuado al correo electrónico institucional, con el fin de garantizar respuesta oportuna a las solicitudes y peticiones que se presenten a través de este medio.

ESTADO GENERAL DEL CONTROL INTERNO

El Modelo Estándar de Control Interno de la institución se está direccionando para lograr un desarrollo óptimo, gracias a la revisión realizada y a la actualización de los manuales, guías, procesos y procedimientos, con los elementos nombrados se está construyendo una herramienta para el mejoramiento continuo de la entidad, dando seguridad y tranquilidad a la administración y obviamente el cumplimiento del Decreto 1499 de 2017.

De acuerdo a la ejecución del Plan de Auditoria de la presente vigencia, se ha logrado el interactuar con los diferentes funcionarios, tanto de la parte administrativa como asistencial, lo que ha dejado en el ambiente laboral de la entidad un mayor compromiso para que cada día se trabaje con la responsabilidad que ameritan las acciones a desarrollar. Adicionalmente se han venido realizando las auditorias programadas.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda como compromiso de la administración, dar la continuidad adecuada al Plan de Mejoramiento que se tiene con la Contraloría Departamental del Huila y al cumplimiento del mismo.

Continua recomendaciones

2. Realizar cumplidamente las reuniones programadas, cuatro (4) al año, del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, realizando las funciones para las que fue creado.

   Se recomienda que del nombrado Comité, se entreguen tareas por equipos de trabajo a fin de avanzar al cumplimiento de la normatividad descrita para ello.

3. Se recomienda dar celeridad a la venta de activos que por su obsolescencia ya no le sirven a la E.S.E.

4. Se recomienda dar celeridad a la actualización de los bienes (activos) en el sistema de información, de manera que se pueda calcular en forma automática e individual la depreciación de los activos.

Hasta aquí el informe pormenorizado de Control Interno.

HÉCTOR JOSÉ MUÑOZ MONTES
Asesor de Control Interno