ESE HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA

INFORME DE GESTIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2021

Presentado a: Dra. Adriana Ximena Galindo S, Gerente.
Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Presentado por: Claudia Stella Sáenz Jiménez, en calidad de Asesor de Control Interno de la Entidad

DICIEMBRE DE 2021

SAMACA - BOYACA

MARCO LEGAL

En desarrollo del mandato constitucional y en relación directa con la Oficina de Control Interno, el siguiente es el Marco Legal que determinara el accionar y roles de la misma

Ley 87 de 1993. Los artículos 9, 10, 11, 12 y 14 tratan sobre la definición del jefe de la Oficina de Control Interno, la designación de la Oficina de Control Interno, las funciones de los Auditores y el informe de los funcionarios de Control Interno.

Ley 1474 de 2011. (Estatuto Anticorrupción) “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”

Directiva Presidencial 01 de 1997. Proporciona las directrices y se precisa el Desarrollo del Sistema de Control Interno, señalando que le compete a la Oficina de Control Interno, apoyar a los directivos en el desarrollo del sistema, revaluar los planes, fomenta la cultura del autocontrol de tal forma que contribuya al mejoramiento continuo, coadyuvar y participar para fomentar la cultura del autocontrol de forma que contribuya al mejoramiento continuo además de, participar en la implementación de adecuados instrumentos de gestión y gerencia.

Decreto 2145 de 1999. Dicta normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las entidades y organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial.

Resolución 048 de 2004. Contaduría General de la Nación, dicta disposiciones relacionadas con el control interno contable y establece las funciones de la Oficina de Control Interno relacionadas con la materia.

Decreto 943 de 2014: por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno-MECI; Presenta las Orientaciones y los Componentes que conforman el Modelo Estándar de Control Interno y que son de obligatorio cumplimiento para las entidades a que se les aplica la Ley.

Decreto 648 de 2017: por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública. Articulo 4 al 8 Decreto 1499 de 2017: por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de

Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG

Resolución 045 de 2020 por medio del cual se integra y establece el Comité Institucional de Control Interno de la ESE Hospital Santa Marta de Samacá

En lo corrido del año 2021, se desarrollaron actividades programadas en el mes de enero de 2021, en el plan anual de auditorías, aprobados por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y ejecutadas en el marco de los roles de la oficina de control interno.

Con el objeto de dar cumplimiento a la normativa mencionada, se presenta informe de gestión de las actividades desarrolladas por la oficina de control interno, respecto a la vigencia 2021, las cuales se detallan a continuación:

1. **PLANEACIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO**:
   - Se dio cumplimiento a la realización de los comités institucionales de control interno de acuerdo con lo establecido, Resolución 045 de 2020 por medio del cual se integra y establece el Comité Institucional de Control Interno de la ESE Hospital Santa Marta de Samacá, en cuanto a su periodicidad

   - Se realizo la primera reunión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Acta de reunión de fecha 23 de febrero de 2021, La Asesora de control interno, realiza la presentación del plan anual de auditoría de control interno para la vigencia del 2021, documento mediante el cual se da a conocer los temas establecidos para auditar, las áreas a auditar, las fechas especificas en las cuales se van a realizar dichas auditorias, como se evidencia en el cuadro anexo a esta acta.

   - En el tercer Comité institucional de control interno, realizado el 21 de octubre de 2021, Se presenta al comité el ajuste del plan anual de auditoría teniendo en cuenta, que se incluyen nuevas actividades en el mismo como son: Seguimiento Plan de mejoramiento Contraloría y Seguimiento plan anual de seguridad y salud en el trabajo, y por solicitud de la gerencia, seguimiento a la contratación realizada a la fecha, específicamente en cuanto a la revisión y cumplimiento de los requisitos técnicos, específicamente revisión de las

planillas de Aportes. Se aclara que esta auditoria se debe priorizar y por tal razón se reemplazara por la auditoria programada para el mes de noviembre (Atención al ciudadano SIAU), teniendo en cuenta que este proceso ya había sido auditado en el 2020

2. EJECUCIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS:

AUDITORÍA N°1: GESTIÓN CONTRACTUAL

OBJETO: Evaluar la eficacia de los controles claves del Proceso de Contratación de la Entidad en todas sus etapas y el cumplimiento de las directrices normativas internas y externas aplicables a este mismo proceso

ALCANCE: En la auditoria se determina el desarrollo y cumplimiento de los objetivos propuestos en los procedimientos de licitación pública, selección abreviada, concurso de méritos, contratación mínima cuantía, contratación EAPB, en el periodo comprendido entre 01 de enero de 2021 al 30 de marzo de 2021

HALLAZGOS

1. Se evidencia Incumplimiento al Numeral 2 de la Circular Externa No. 23 de 16 de marzo de 2017 “Publicación extemporánea en el SECOP de los procesos contractuales” y al Estatuto de contratación de la ESE, Numeral 3.3 fases de contratación; teniendo en cuenta que 22 contratos revisados (18) de se publicaron extemporáneamente.
2. Verificados los documentos que se encontraban en las carpetas contractuales, se evidencia debilidades en la verificación del cumplimiento de requisitos técnicos y de perfil, teniendo en cuenta que, a pesar de la existencia de una lista de chequeo, la cual no se diligenciaba, se observa que en el 80% de las carpetas verificadas faltaban documentos, las pólizas no tenían firma de apoderado, no aportan las hojas de vida del SIGEP, ni la declaración de bienes y rentas. Ver anexo 2
3. Se evidencia incumplimiento al manual de contratación, Numeral 6.3 Notificación de la designación de supervisión, ningún contrato soporta este documento

4. Se evidencia debilidades en la verificación de los soportes para el pago de las respectivas cuentas a los contratistas; teniendo en cuenta que se encontraron informes de actividades de los contratistas sin firmas de supervisor, sin diligenciar columna de actividades, si diligenciar espacio de planillas de seguridad social, sin aportar planillas de seguridad social del mes correspondiente, adicionalmente se evidenciaran órdenes de pago y egresos sin firmas de subdirector y gerente

AUDITORÍA N°2 GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

OBJETIVO: Evaluar el diseño y la efectividad de las actividades de control, las políticas y procedimientos implementados, por la ESE, para reducir los riesgos del proceso de gestión financiera, así como lograr la eficiencia y eficacia de sus actividades.

ALCANCE: El alcance de esta auditoría se enfocara específicamente en los hallazgos de la información financiera detectados en la auditoria financiera y fiscal realizada por la CGD, tales como, Inconsistencia en el diligenciamiento de formatos, falta de aplicación plena de las normas de contabilidad en los procesos y procedimientos contables, deficiencia en el saneamiento contable, errores en los registros de las cuentas, en cuanto a códigos contables, falta de documentos que soporten los registros efectuados en el Estado de Situación financiera, se tomara como base la información financiera del primer semestre de 2021.

HALLAZGOS

1. Los procedimientos del Proceso de Gestión financiera y contractual, subproceso de cartera, gestión de glosas, están desactualizados, evidenciándose falta de gestión y establecimiento de controles efectivos, los cuales afectan el cumplimiento de los objetivos institucionales y el buen desarrollo de la gestión financiera de la ESE.

2. Los bienes muebles e inmuebles no se han codificado, ni paqueteados, clasificación que nos permitiría tener la absoluta claridad en cuanto a la cantidad, tipo, forma y la unidad de medida y un mayor control de los mismos.

El proceso de Gestión financiera y administrativa de la ESE Hospital Santa Marta de Samacá deberá elaborar Plan de Mejoramiento en el que establezcan acciones, dirigidas a subsanar las causas que dieron origen a los hallazgos identificados en el desarrollo de la auditoría y que hace parte de este informe:

AUDITORÍA N°3: GESTIÓN CONTRACTUAL

OBJETIVO:

Realizar seguimiento especial al proceso de contratación de la ESE (CPS y suministros) para evaluar la eficacia de los controles claves del Proceso de Contratación de la Entidad en todas sus etapas y el cumplimiento de las directrices normativas internas y externas aplicables a este mismo proceso

ALCANCE:

Contratos legalizados en el periodo comprendido entre 01 de abril de 2021 al 30 de junio de 2021

HALLAZGOS:

Una vez revisada la documentación respecto al cumplimiento de los requisitos de calidad exigidos y los documentos legales para suscribir contratos al total de los contratos legalizados en el segundo trimestre del 2021 y en cumplimiento de lo dispuesto en normatividad vigente y según la documentación existente en el proceso de contratación de la ESE se encontraron los hallazgos.

1. Verificados los documentos que se encontraban en las carpetas contractuales, se evidencia debilidades en la verificación del cumplimiento de requisitos técnicos y de perfil, teniendo en cuenta que, a pesar de la existencia de una lista de chequeo, se observa que, en 31 carpetas revisadas, a cada carpeta le falta al menos un documento

2. Se evidencia debilidades en la verificación de los soportes para el pago de las respectivas cuentas a los contratistas; teniendo en cuenta que se encontraron informes de actividades de los contratistas sin firmas de supervisor, si diligenciar espacio de planillas de seguridad social, sin aportar planillas de seguridad social del mes correspondiente, adicionalmente se evidenciaran órdenes de pago y egresos sin firmas de subdirector y gerente.

AUDITORÍA N°4: GESTIÓN TALENTO HUMANO

OBJETIVO:

Verificar la conformidad legal de las políticas y lineamientos que regulan el desarrollo del proceso de talento humano a partir de la evaluación de la elaboración e implementación del plan estratégico de talento humano.

ALCANCE:

Planteamiento estratégico de talento humano, definición políticas y lineamientos para su gestión, estructura e implementación, planta de personal, inducción y reinducción, bienestar social e incentivos, capacitación, medición del desempeño, historiales laborales de la vigencia 2021

HALLAZGOS:

1.Se presenta debilidad en el procedimiento de las evaluaciones de desempeño frente a lo establecido en la ley 909 de 2004 y el acuerdo 656 de 2016. No se está evaluando dentro de los términos establecidos por la ley, donde los diferentes actores responsables tienen falencias frente al cumplimiento en cada uno de los roles y procedimiento que establece la norma.

2.No se cuenta con el desarrollo de este componente de la planeación de talento humano Programas de inducción y reinducción. En contravía del art 7 del Decreto ley 1567 de 1998, por el cual se crea en sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para empleados del estado

3. Incumplimiento a la aplicación de los lineamientos establecidos en el artículo 227 del Decreto 19 de 2012. " Quien sea nombrado en un cargo o empleo público o celebre un contrato de prestación de servicios con el Estado deberá, al momento de su posesión o de la firma del contrato, registrar en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP- administrado por el Departamento Administrativo de la Función Pública

4.Incumplimiento a la aplicación de los lineamientos establecidos en el Artículo 2.2.5.1.9. del Decreto 19 de 2012, Declaración de bienes y rentas y hoja de vida. Previo a la posesión de un empleo público, la persona deberá haber declarado bajo juramento el monto de sus bienes y rentas en el formato adoptado para el efecto

por el Departamento Administrativo de la Función Pública, a través del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público -SIGEP

3 - ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTOS

3.1 INFORME DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

La oficina de control interno de la ESE HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA, en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 y de su función de evaluación independiente, realizo seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano denominado PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO - VIGENCIA 2021, como instrumento que permite a la entidad identificar, analizar y gestionar el cumplimiento efectivo en su plan anticorrupción.

Por tal razón se realizó la verificación del avance de las actividades definidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano del primer y segundo cuatrimestre con corte a 30 de agosto de 2021, el tercer seguimiento se debe realizar en enero 2022

3.2 INFORME SEGUIMIENTO PLATAFORMA SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO SIGEP

OBJETIVO GENERAL
Identificar el registro de la información reportada por la ESE Hospital Santa Marta de Samacá, en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público –SIGEP-, a través de la verificación directa en el sistema y su correspondiente validación con la base de datos internos, con el fin de evaluar la veracidad de la misma y el cumplimiento de la normatividad vigente

RECOMENDACIONES:

Se recomienda gestionar ante el DAFP, el usuario y contraseña del Rol de talento humano (subdirector Administrativo), Unidad de operación, que se encargará del registro, actualización y gestión de la información de institución y del recurso humano a su servicio.

Teniendo en cuenta la normatividad vigente, se recuerda que es responsabilidad de cada servidor público registrar y actualizar la información de la hoja de vida y de la declaración de bienes y rentas, tal y como establece el artículo 11 del Decreto 2842

de 2010; por lo cual se sugiere validar la información y gestionar con los empleados públicos la actualización y/o diligenciamiento de la hoja de vida y de la Declaración de Bienes y Renta en los términos previstos.

La declaración de bienes y rentas será obligatoria para todos los empleados de nómina de la Institución, la se deberá diligenciar en la plataforma. Para el caso del personal directivo deben diligenciar el formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS, según lo establecido en (Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011 y 734 de 2002)

Se recomienda que se continúe con la labor de seguimiento al cargue y actualización de información por parte de los empleados públicos, así como realizar una revisión general de la información incluida en los diferentes reportes y realizar los ajustes necesarios.

3.3 INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS COMITÉS INSTITUCIONALES - ADMINISTRATIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Verificar el cumplimiento de lo establecido en los actos administrativos por los cuales se constituyeron los comités institucionales de la E.S.E. Hospital Santa Marta de Samacá

ALCANCE:

Aplica para los veinte (20) comités administrativos y asistenciales adoptados por la ESE Hospital Santa Marta de Samacá

CONCLUSIONES:

En cuanto al cumplimiento de sesiones establecidas, se evidencia que del total de reuniones programas (146), con corte a 30 de octubre de 2021, se han realizado 80 reuniones para un avance del 55%, observándose que no se cumplen a cabalidad con el número de sesiones programadas a la fecha.
Adicionalmente se evidencia que los siguientes comités no cuentan con los actos administrativos o resolución de creación.

- Comité de contratación
- Comité COVE
- Comité de historias clínicas

- Comité violencia sexual
- Comité PAI
- Comité P y P
- Comité servicios amigable
- Comité IAMI

3.4 SEGUIMIENTO AL USO Y CONTROL DE COMBUSTIBLE

OBJETIVO:
Adelantar la revisión de los documentos asociados a los vehículos de la entidad para la vigencia 2021, y realizar la inspección física de cada uno de estos para verificar el cumplimiento de las reglamentaciones establecidas por los diferentes organismos, y asegurar que las ambulancias para traslado de pacientes, y los vehículos de uso institucional, cumplan con las normas y no presenten riesgos mecánicos durante el traslado.

ALCANCE:
Aplica para todos los vehículos de la E.S.E HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA

RECOMENDACIONES:

Los vehículos de la institución deben cumplir con las características técnicas, mecánicas y las condiciones de equipamientos necesarios que permitan y aseguren la calidad del proceso en todo momento, para lo cual deben desarrollarse una serie de actividades periódicas, formales, medibles y valorizables que permitan controlar, registrar y verificar que dichas condiciones se cumplan.
1. Se recomienda hacer uso del formato Verificación de Vehículos, el cual debe ser diligenciado por cada vehículo todos lunes y entregado al área administrativa. (formato que anexo al informe)

2. Se recomienda seguir diligenciado el formato de control de combustible.

3. Se deben adquirir el kit de carretera para el caso del campero de placas OXE 425 y solicitar a los conductores por escrito en donde se encuentran los elementos faltantes de cada ambulancia, los cuales fueron entregados por inventario a cada conductor,

4. Se recomienda realizar inspecciones de vehículo continuamente, dejando como evidencia actas de Inspección.

5. Se recomienda tener presente que el botiquín debe ser revisado cada tres meses para evaluar la fecha de vencimiento de los medicamentos y sustituirlos si es necesario y, para reponer los elementos que han sido utilizados.

6. Se recomienda nuevamente a las áreas de enfermería y farmacia, realizar un estricto control y seguimiento a los inventarios de medicamentos y dispositivos médicos de las ambulancias, adicionalmente realizar continuo aseo y actualización del inventario en el sistema.

Se recomienda realizar una verificación, más detallada de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 Numeral 11.6.2 SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL

3.5 SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA

PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESO ATENCION AL CIUDADANO SIAU

Se realizo seguimiento al cumplimiento las acciones establecidas en el plan de mejoramiento, derivado de auditoría interna realizada el 30 de diciembre de 2019, proceso atención al ciudadano SIAU

En reunión realizada el 23 de septiembre de 2021, con la líder del área de atención al ciudadano FERNANDA PARRA, se revisaron las acciones diseñadas, para el caso del hallazgo 1, 2, 3 y 4, se evidencia que las acciones propuestas son efectivas y atacan la causa raíz, por tal razón se cierran

PLAN DE MEJORAMIENTO AUDITORIA ALMACEN

Se realizo seguimiento al cumplimiento las acciones establecidas en el plan de mejoramiento, derivado de auditoría interna realizada el 19 de junio de 2020, Almacén, se evidencia cuatro hallazgos los cuales se encuentran abiertos, de los cuales se evidencia lo siguiente:

Se realizo entrega formal de bienes a cada area , pero no existe evidencia del seguimiento trimestral, a la ves no se ha realizado el plaqueteo de los bienes, impidiendo su control y manejo eficiente.

Se realizo inventario general de elementos, insumos y medicamentos en el mes de septiembre con el objeto de realizar cierre contable trimestral, adicionalmente se realizaron los ajustes necesarios en el software de Rock y se esta trabajando en la

integración del software contable y Rocky. El Hallazgo que se mantiene abierto y será verificada en el próximo seguimiento.

Se evidencia que en el área del l almacén se instalaron lámparas las cuales permiten una mejor iluminación, adicionalmente se adquirieron las estibas, las cuales evitan el contacto directo de las cajas con el piso, sin embargo, los bienes muebles e inmuebles no se han codificado, ni paqueteados, clasificación que nos permitiría tener la absoluta claridad en cuanto a la cantidad, tipo, forma y la unidad de medida y un mayor control de los mismos. El Hallazgo se mantiene abierto y será verificada en el próximo seguimiento

PLAN DE MEJORAMIENTO GESTION DE LA CONTRATACION

OBJETIVO DE LA AUDITORIA: Evaluar la eficacia de los controles claves del Proceso de Contratación de la ESE Hospital Santa Marta de Samacá en todas sus etapas y el cumplimiento de las directrices normativas internas y externas aplicables a este mismo proceso

HALLAZGO 1: Se evidencia Incumplimiento al Numeral 2 de la Circular Externa No. 23 de 16 de marzo de 2017 “Publicación extemporánea en el SECOP de los procesos contractuales” y al Estatuto de contratación de la ESE, Numeral 3.3 fases de contratación; teniendo en cuenta que 22 contratos revisados (18) de se publicaron extemporáneamente

A fecha del seguimiento no se evidencian los procedimientos del proceso actualizados El proceso no reporta avance en la Acción Correctiva por esta razón el Hallazgo se mantiene abierto y será verificado en el próximo seguimiento,

HALLAZGO 2: Verificados los documentos que se encontraban en las carpetas contractuales, se evidencia debilidades en la verificación del cumplimiento de requisitos técnicos y de perfil, teniendo en cuenta que, a pesar de la existencia de una lista de chequeo, la cual no se diligenciaba, se observa que en el 80% de las carpetas verificadas faltaban documentos, las pólizas no tenían firma de apoderado, no aportan las hojas de vida del SIGEP, ni la declaración de bienes y rentas

A fecha del seguimiento no se evidencia la actualización de formato de verificación requisitos técnicos

Adicionalmente el Manual de contratación y el estatuto de contratación no se ha actualizado a la fecha se encuentra en proceso de revisión por parte del asesor

jurídico. Por tal razón la acción no es efectiva y será verificada en el siguiente seguimiento

HALLAZGO 3 Se evidencia incumplimiento al manual de contratación, Numeral 6.3 Notificación de la designación de supervisión, ningún contrato soporta este documento

Se reviso el total de contratos suscritos entre el 01 de julio al 30 de agosto de 2021, con el objeto de verificar que los contratos estén debidamente soportados con los respectivos actos administrativos de nombramiento de supervisión, en cumplimiento a lo establecido en el Manual de contratación e interventoría de la ESE numeral 6,4,4 "la asignación se hará a través de una nota informativa al funcionario designado de manera simultánea a la suscripción del contrato. “Se evidenció que todos los contratos tienen un supervisor y su designación. Por tal razón se evidencia que la acción fue eficaz y se procede a su cierre.

HALLAZGO 4 Se evidencia debilidades en la verificación de los soportes para el pago de las respectivas cuentas a los contratistas; teniendo en cuenta que se encontraron informes de actividades de los contratistas sin firmas de supervisor, sin diligenciar columna de actividades, si diligenciar espacio de planillas de seguridad social, sin aportar planillas de seguridad social del mes correspondiente, adicionalmente se evidenciaran órdenes de pago y egresos sin firmas de subdirector y gerente

El hallazgo se mantiene abierto y será objeto de próximo seguimiento, teniendo en cuenta que las mesas de trabajo no se han realizado y quedan pendientes hasta que se actualicen los procedimientos y el Manual de contratación.

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO				
AUDITORIA	**AÑO**	**ACCIONES ABIERTAS**	**ACCIONES CERRADAS**	**PORCENTAJE CUMPLIMIENTO**
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS-ALMACEN	2019	4	1	25%
ATENCION CIUDADANO	2019	4	4	100%

GESTION DE LA CONTRATACION	2021	4	1	25%
GESTION FINANCIERA	2021	2	0	0
GESTION TALENTO HUMANO	2021	4	0	0
TOTAL		18	6	30%

3.6 INFORME SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA

El 27 de octubre de 2021, mediante oficio radicado en medio físico y electrónica La Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones de Evaluación y Seguimiento según Ley 87 de 1993 Articulo 12 y en atención al Decreto 648 de 2017, el cual define los roles de la Oficina para dar respuesta en materia de Auditoría Interna, desarrolló seguimiento a las actividades establecidas en el Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Boyacá para el informe Final de Informe de Auditoría financiera y de gestión, para el periodo comprendido entre 27 de julio al 26 de Octubre de 2021, en busca de agregar valor a la gestión, con procesos de evaluación y seguimiento, que lleven a mejorar el Sistema de Control Interno, integrado por el conjunto de controles, gestión de riesgo, administración de la información y de los recursos y conjunto de Planes, principios, normas, procedimientos, mecanismos y herramientas de verificación y evaluación en atención al cumplimiento de las metas y resultados de la entidad.

Teniendo en cuenta lo anterior se radica informe de seguimiento, Excel del plan de mejoramiento y evidencias de los respectivos hallazgos.

Informe que fue enviado al correo direccioncontrolfiscal@gmail.com, y radicado en la oficina de la Contraloría general de Boyacá, el día 28 de octubre de 2021

3.7 **INFORME DE SEGUIMIENTO IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DICIEMBRE DE 2021**

En cumplimiento del rol de seguimiento y evaluación, establecido en el Artículo 17 del Decreto 0648 de 2017 «Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública», y en atención al plan

de trabajo de la Oficina de Control Interno vigencia 2021, se presenta el Informe de seguimiento a la Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad en el Trabajo (SG-SST) de conformidad con el Decreto 1443 de 2014, modificado por el Decreto único del sector trabajo 1072 de 2015 el cual en el Libro 2, Parte 2, Título 4, Capitulo 6, señala las disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y la Resolución 0312 de 2019, por la cual se definen los estándares mínimos SG-SST emitidos por el Ministerio del Trabajo

4. AUDITORIAS INTERNAS EN PROCESOS

LETRAS DE CAMBIO FACTURACION VIGENCIA 2020

Se reviso la carpeta de letras de Cambio del 2020, verificando una a una su diligenciamiento, valor factura, valor letra, abonos y saldos respectivamente.

AUDITORIA CAJA MENOR , cuyo objetivo era verificar y efectuar seguimiento al cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con la Caja Menor, así como los procedimientos y controles establecidos para el funcionamiento, manejo y ejecución de los recursos de la caja menor, con el fin de examinar los documentos que soportan dichos gastos.

Observar que las labores realizadas por el encargado de la caja menor, cumpla con los procedimientos y que su manejo sea acorde con las políticas de la E.S.E.

AUDITORIA AL PROCESO DE CAJA-CONSIGNACIONES BANCARIAS

Se realiza verificación mensual del cumplimiento del debido proceso de caja, especificamente en las consignaciones a la respectiva cuenta del hospital en los bancos Agrario y Davivienda, según soporte de cierre de caja, correspondientes a la vigencia 2021

ARQUEOS CAJA

Se realizan arqueos mensuales esporádicos en la caja principal, urgencias y copagos, verificando procedimientos y controles establecidos para la facturación de cada uno de los servicios ofrecidos por la ESE, garantizando el correcto manejo de los recursos, de la vigencia 2021.

INVENTARIOS

NVENTARIO DE MEDICAMENTOS.

Se realizar verificación de inventarios de las siguientes áreas: STOCK MEDICAMENTOS SALA DE PARTOS, EQUIPO CARRO DE PARO, STOCK MEDICAMENTOS HOSPITALIZACION de la ESE HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA., URGENCIAS, CARRO PARO URGENCIAS, KIT VIOLENCIA SEXUAL Y STOCK MEDICAMENTOS y AMBULANCIA OEO 276 y OCM 575 de la ESE HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA.

INVENTARIO ALMACEN

Se Realizar seguimiento al proceso de gestion de almacen verificando los procedimientos y actividades, relacionados con los objetivos especificos**,** verificando las existencias del software Rocky con las cantidad de elementos en fisico

5. **ASESORÍA, ACOMPAÑAMIENTO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN:**

- Se acompaño y asesoro en la actualización de documentación de los procesos de almacén, gestión financiera, cartera, facturación, glosas, manual de políticas institucionales, manual de manejo y control de caja menor, manual procesos y procedimientos, Plan anticorrupción y atención al ciudadano 2021, código integridad, plataforma estratégica

- Producto de la revisión realizada a la página web actual de la ESE, se acompañó en la actualización por columna de esta página, enviado la información correspondiente

- Asistencia y acompañamiento a comités institucionales; se asistió a los comités de sostenibilidad, Conciliaciones, ética, historias clínicas, Calidad, farmacia, gestión ambiental y Comité de gestión y desempeño, como invitada.

- Asesoría en la actualización de la plataforma estratégica institucional de la ESE

- Actualización Política administración de riesgos y Racionalización de tramites presentada al Comité de Control Interno, para su respectiva aprobación.

6. CAMPAÑA FOMENTO CULTURA AUTOCONTROL

En el mes de marzo de 2021, se socializo en formato de cultura de autocontrol en capacitación realizada a todo el personal

7. RENDICION DE INFORMES - COMPETENCIA DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Los siguientes informes fueron radicados dentro de los tiempos establecidos, quedando pendiente la publicación en la página web, la cual está en proceso de contratación

1. Informe derechos de autor y uso de software (Rendido el 31 de marzo de 2021)
2. informe de Seguimiento al Cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, primer y segundo cuatrimestre de 2021(reportado en mayo y septiembre de 2021)
3. Informe austeridad de Gastos presentado trimestralmente, en los meses de abril, julio, octubre de 2021
4. Informe de evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2020
5. Informe Seguimiento a los Riesgos de primer y segundo cuatrimestre de 2021(reportado en mayo y septiembre de 2021)
6. Informe seguimiento a PQRS del primer semestre de 2021
7. Informe Seguimiento Mapa de riesgos institucionales, enero a junio de 2021
8. Informe evaluación independiente del Estado del control interno corte enero a junio de 2021
9. Informe reporte Avances gestión FURAG VIGENCIA 2020
10. Informe de Control Interno Contable: rendido en el mes de febrero, a la Contaduría General de la Nación, mediante plataforma CHIP; resultados

enviados con información de la Cuenta Anual, a la Contraloría Departamental de Boyacá.

11. Informe de Gestión de la oficina de Control Interno: vigencia 2020 y vigencia 2021, con la relación de actividades desarrolladas, presentado a la Gerencia y al Comité Institucional de Control Interno

Finalmente me permito informar que los soportes de los informes y seguimientos reposan en el archivo la oficina del subdirector Administrativo; y se encuentran a disposición para ser consultados.

CLAUDIA STELLA SAENZ JIMENEZ
Asesor control Interno