

**INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO  
AÑO DE 2011**

**TABLA DE CONTENIDO**

**1. INTRODUCCIÓN.**

- 1.1 Objetivo
- 1,2 Alcance del Informe.
- 1,3 Metodología.

**2. AVANCES Y DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE CADA UNO DE LOS SUBSISTEMAS DEL MECI.**

**3, ACCIONES DE MEJORAMIENTO EVIDENCIADAS EN LA ENTIDAD CON LA EJECUCION DEL MECI.**

**4. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.**

**5. RECOMENDACIONES PARA EL MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y EL MEJORAMIENTO DEL MODELO.**

## **1, INTRUDUCCION.**

### **a. Objetivo:**

Este informe pretende dar a conocer el resultado de la Autoevaluación del desarrollo MECI, con fundamento en el ejercicio propio de las funciones de la oficina de Control Interno y en las auditorias realizadas durante el año 2011, con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La Oficina de Control Interno durante el año de 2011, se dedico de conformidad con su plan de trabajo presentado a la gerencia a realizar unas evaluaciones parciales relacionadas con el mapa de riesgos implementado en el Modelo Estándar de Control Interno MECI; también realizo algunas pruebas de auditorias que tienen que ver con las actividades realizadas en cada área con el propósito de que la información financiera, económica y social se emitiera de conformidad y los lineamientos de los postulados de confianza publica, confiabilidad y utilidad; estas auditorias desde luego contribuyeron al mejoramiento del Control Interno, resultados que se encuentran en los informes presentados a la gerencia.

### **b. Alcance del Informe.**

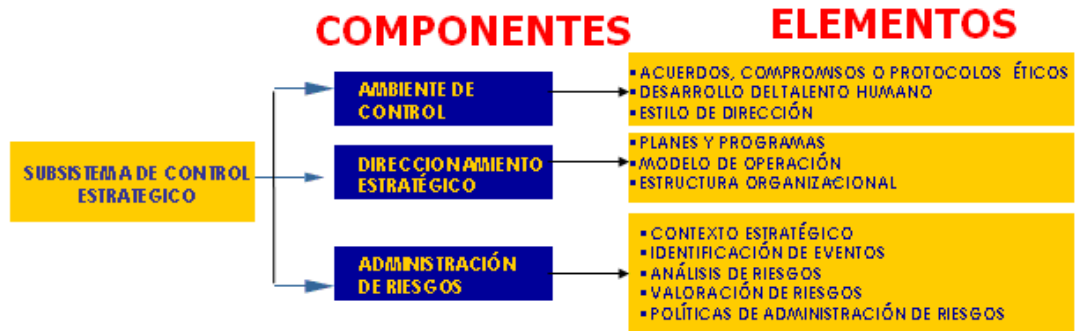
Los resultados plasmados en los informes presentados por la Oficina de Control Interno a la gerencia corresponden a las operaciones realizadas por la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata, desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre del 2011. Este informe incluye el área financiera, administrativa y asistencial en las pruebas de auditoría que se alcanzaron a ejecutar de conformidad con el plan de trabajo formulado.

### **c. Metodología.**

La Oficina de Control Interno elaboro un plan de trabajo dentro del cual practico unas pruebas de auditoría con evaluación documental presentando los hallazgos y recomendaciones a la gerencia con el propósito de que se construyeran planes de mejoramiento.

**5. AVANCES Y DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE CADA UNO DE LOS SUBSISTEMAS DEL MECI.**

**1. PRIMER SUBSISTEMA: CONTROL ESTRATEGICO.**



**1.1 COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL.**

**AVANCES.**

La entidad adopto oficialmente mediante Resolución No. 1797 del 10 de octubre de 2007, los principios y valores éticos de la institución, socializándose con todos los servidores de la entidad en las reuniones y mediante publicaciones de carteleras en la entidad.

Durante el año 2011 hubo nombramiento de Gerente de la institución lo cual es favorable para la institución.

En la parte asistencial hubo inducción a los funcionarios que ingresaban y que les permitía conocer la entidad.

La alta dirección de la entidad a tenido compromiso en el ejercicio del control tomando medidas correctivas y preventivas para fortalecer el MECI. La alta dirección también a permitido de que la entidad haya entrado en el proceso de certificación con el propósito de mejorar la calidad de los servicios prestados.

En el año 2011 se elaboro el manual de operaciones MECI, el cual es herramienta para los procedimientos de evaluación.

## **DIFICULTADES.**

A pesar de la socialización de los principios y valores éticos cuando se hizo la encuesta frente al conocimiento de estos, los funcionarios en su gran mayoría manifestaban no conocerlos. Durante el año 2011, no se socializaron los mapas por procesos de los servidores.

El plan de gestión para el año 2011 no se presentó.

La entidad no cumplió con el plan de capacitación, lo cual no permitió realizar una evaluación de la capacitación recibida por los funcionarios para el cumplimiento de sus funciones y como consecuencia el plan de capacitación no sirvió de referencia para los planes de mejoramiento y los requerimientos de capacitación para mejorar el desempeño de los funcionarios y mejorar el clima laboral.

No se presentaron programas de reinducción, ni se adoptaron nuevos factores de riesgos como resultado de los informes presentados por la oficina de Control Interno.

## **1.2 COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.**

### **AVANCES:**

La Gerencia presentó un plan estratégico para el año 2008 al 2011 donde se pueden visionar claramente la Misión, la Visión, las políticas Institucionales, las políticas de Calidad, los valores, los objetivos y las estrategias para hacer de la entidad una institución viable y sostenible en la prestación de los servicios de Salud para el sur-occidente del departamento del Huila, el cual consta en el Acta No. 001 del 1 de Febrero de 2008 denominado Plan estratégico.

El Modelo estándar de Control Interno MECI permitió la construcción de los mapas de procesos y los puntos de Control Bien definidos lo cual permite su correspondiente evaluación.

En el MECI se encuentran identificados mediante la cadena de valor los MACRO PROCESOS y PROCESOS de la entidad, los cuales están sirviendo de soporte para el funcionamiento de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de control.

**DIFICULTADES.**

Existe un manual de funciones no actualizado con los procesos MECI, dentro de la estructura organizacional de la ESE lo cual no ha permitido la toma de decisiones inmediatas.

Los procesos identificados en el MECI no son exactamente los establecidos en el manual de funciones, además por que hace falta actualizarlos.

Falta de compromiso de los responsables de los procesos para hacer las cosas bien de conformidad con la cadena de valor.

Hace falta actualizar el mapa por procesos y hacer planes individuales de mejoramiento para los funcionarios.

**1.3 COMPONENTE: ADMINISTRACION DE RIESGOS.**

**AVANCES:**

La entidad ha evaluado la valoración del riesgo atreves del análisis de los indicadores, resultados que fueron referenciados en los distintos informes presentados a la gerencia con el propósito de realizar acciones de mejora.

**DIFICULTADES.**

A pesar de los informes presentados sobre el seguimiento y efectividad de los controles de riesgo, a todos ellos no se les hizo una acción de mejora o replanteamiento. En el mapa de procesos es necesario actualizar los riesgos.

**2. SEGUNDO SUBSISTEMA: CONTROL DE GESTION**



## **2.1 COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL.**

### **AVANCES:**

La entidad tiene definidos el cumplimiento de los objetivos institucionales acordados en el plan de gestión, evaluándose a través de la calificación de la gerencia las políticas de operación.

Los procedimientos están definidos dentro de cada proceso y tiene su responsable.

Los indicadores durante el año 2011 fueron evaluados dentro de los procesos de planeación, control disciplinario, administrativo, financiero y asistencial, resultados que han permitido la generación de acciones preventivas.

La entidad para su servicio de información ha contratado los servicios para la implementación de la página web.

### **DIFICULTADES:**

La entidad durante la vigencia de 2011 no realizó una revisión a los procedimientos, para constatar si eran funcionales y permitir un cambio o una actualización.

El manual de funciones no es utilizado como herramienta de consulta, lo cual permitiría una modificación a los nuevos procesos. Este se encuentra desactualizado.

## **2.2 COMPONENTE: INFORMACION.**

### **AVANCE:**

La oficina de quejas y reclamos ha permitido funcionar recopilando la información del cliente externo, lo cual ha servido para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, mejorar procesos e identificar la falta de compromiso con la institución del cliente interno.

La información interna como externa se encuentra reglamentada mediante resolución No. 529 del 29 de Julio de 2008.

**DIFICULTADES:**

La entidad no a formulado procesos relacionados con la Ley 962 de 2005 o Ley anti trámite. Tampoco a desarrollado la Ley 594 de 2000 relacionada con las tablas de retención documental.

La entidad no tiene integrado el sistema de información de los módulos asistencial, contable, presupuestal, inventarios, nomina etc.

**2.3 COMPONENTE: COMUNICACIÓN PÚBLICA.**

**AVANCE:**

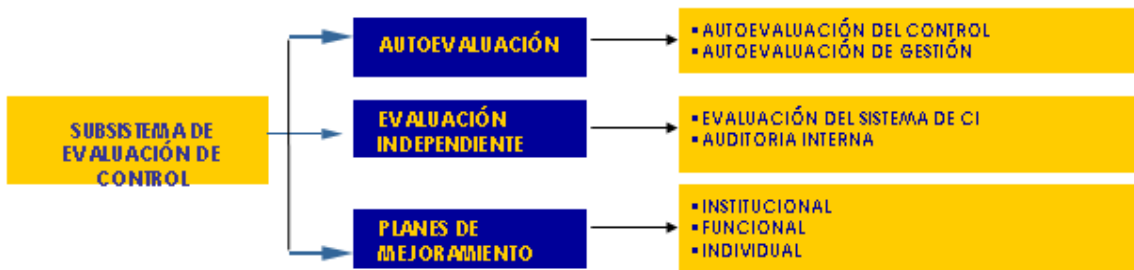
La entidad durante el año 2011 cumplió oportunamente con los informes y suministro de información a todos los entes de control.

**DIFICULTADES**

La falta de medios electrónicos para la publicación de las contrataciones, actos administrativos, documentos de interés público, ofrecimiento de los servicios, lo que ha dificultado la comunicación entre el ente y la opinión pública.

Durante el año 2011, la entidad fue sancionada por la Dian por no enviar oportunamente la información exógena del año 2009. De esto se informo a la Contraloría General del departamento para lo pertinente.

**3. TERCER SUBSISTEMA: CONTROL DE EVALUACION.**



### **3.1 COMPONENTE: AUTOEVALUACION.**

#### **AVANCES:**

La implementación del MECI a permitido a la institución mejorar la calidad del Control Interno ya que con la construcción del mapa de riesgos en los diferentes procesos se han obtenido resultados analizando los respectivos indicadores. Lo anterior a generado acciones correctivas y preventivas que han influido en los servidores públicos para el fortalecimiento de la cultura del autocontrol.

Con el análisis y el cumplimiento de los objetivos propuestos en el plan de gestión, se han implementados correctivos para conseguir los objetivos y las metas propuestas.

### **3.2 COMPONENTE: EVALUACION INDEPENDIENTE.**

#### **AVANCES:**

Los resultados de la evaluación independiente obligatoriamente han contribuido al mejoramiento del sistema de Control Interno. Las herramientas construidas en la aplicación del MECI también han contribuido al mejoramiento del sistema de Control Interno.

Con el desarrollo del plan de auditoria se han podido determinar falencias en el desarrollo de los procesos que han con tribuido en la toma de decisiones para la consecución de los objetivos de la institución.

Los procesos de Auditorias la han permitido a la entidad identificar los riesgos y evaluar los indicadores para tomar determinaciones oportunas

#### **DIFICULTADES.**

Mucha demora en la toma de decisiones de acciones correctivas y preventivas como resultado de los informes de auditoria realizados por la oficina de Control Interno.



No se construyeron planes de mejoramiento con base en los informes de auditoria de los procesos auditados.

### **3.3 COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO.**

#### **AVANCES:**

La entidad construyo planes de mejoramiento a la auditoría integral realizada por la Contraloría General del Departamento para el fenecimiento de la cuenta 2009, se hizo el respectivo seguimiento por parte de la la oficina de Control Interno, se vencieron los plazos y no se cumplió lo programado en el plan de mejoramiento; la cuenta sigue sin fenecimiento.

#### **DIFICULTADES:**

No se elaboraron planes de mejoramiento por procesos como resultado de las recomendaciones de la oficina de Control Interno. Tampoco se elaboraron por parte de los jefes de las distintas dependencias planes individuales de mejoramiento de sus funcionarios a cargo, lo cual hubiera permitido mejorar las funciones prestadas por los servidores y minimizar o eliminar las desviaciones y errores encontrados.

No se hizo la evaluación del plan de gestión de la gerencia por encontrarse el gerente encargado; a partir del mes de Mayo de 2011, se nombro Gerente en propiedad.

### **3, ACCIONES DE MEJORAMIENTO EVIDENCIADAS EN LA ENTIDAD CON LA EJECUCION DEL MECI.**

La entidad con la implementación del modelo estándar de Control Interno MECI, cuenta con el compromiso total por parte de los órganos de dirección para el desarrollo del Sistema de Control Interno. Mediante la Resolución 945 del 27 de Junio de 2007 la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, implemento el Modelo Estándar de Control Interno MECI. Esta herramienta de evaluación del sistema de Control Interno ha permitido a la entidad el mejoramiento de muchas acciones como:

- Están adoptados oficialmente los códigos de ética y buen gobierno, los manuales de funciones y competencias, manual de operaciones MECI, programas de capacitación y bienestar social.

- Están construidos e identificado los mapas de riesgo y definidos los procedimientos que desarrolla la entidad a través de los procesos, contando con los controles, los indicadores y los manuales de procedimientos.
- La Oficina de Control Interno solicita a la Gerencia la expedición de una circular de cierre financiero y administrativo, para facilitar que todas las operaciones queden contabilizadas y causadas al cierre de la vigencia fiscal.
- Se formulan planes de mejoramiento con base en las observaciones y recomendaciones hechas por la Contraloría General del Departamento.
- La Oficina de Control Interno a través de las auditorias realizadas controla el efectivo, practicando arquezos de caja general y caja menor y la revisión de las conciliaciones bancarias.
- La oficina de contabilidad adelanta la depuración de saldos para llevarlos al comité de Sostenibilidad contable.
- La Revisoría fiscal emite con base a los Estados Financieros presentados por la Oficina de Contabilidad resultados de la medición de los indicadores financieros, los cuales son comunicados a la Junta Directiva del hospital.
- La oficina de Contabilidad presenta oportunamente los informes contables con las respectivas notas explicativas a los órganos de control (Contaduría General de la Nación, Contraloría General del Departamento, Secretaria de Salud.), bajo los parámetros establecidos en la normatividad por cada ente.
- La ESE publica trimestralmente los informes contables en la cartelera.
- Se presentan oportunamente las declaraciones tributarias, con excepción de la información exógena del 2009, que se presento en forma extemporánea, por la cual la entidad fue sancionada con una multa.
- La ESE cuenta con libros de contabilidad debidamente registrados de acuerdo a lo establecido en el plan General de Contabilidad Pública.
- La entidad se encuentra dentro del proceso de acreditación; ya se hizo la primera autoevaluación cuantitativa y cualitativa por grupos de estándares, con la implementación de planes de mejoramiento y las estrategias de calidad para cada uno de los diferentes servicios, haciendo la cualificación del talento humano en políticas, estrategias, recursos, metodología de análisis de causa y solución de problemas, procesos de capacitación en el tema de seguridad de pacientes, caracterización de los procesos asistenciales y misionales, articulándolos todos estos en el proyecto de acreditación, calidad y mejoramiento continuo. Dentro de este proceso ya se planteo la cadena de valores o mapa de procesos de la institución, documento donde se realizo la matriz de priorización de los procesos, la identificación de los indicadores, etapa que ya está lista para la segunda autoevaluación cuantitativa y cualitativa por grupos de estándares. El

Proceso de acreditación durante el año 2011 avanzo muy poco, ya que el avance obtenido se adelanta en años anteriores.

- La implementación del MECI ha permitido mejorar el clima laboral y establecer responsabilidades en el desarrollo de los procesos.

#### **4. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.**

La Oficina de Control Interno presento a la Gerencia un plan de trabajo sobre las diferentes actividades y auditorias a desarrollar durante el año 2011; esta oficina, es decir la oficina de Control Interno conto con el apoyo necesario de la alta dirección para desarrollar sus funciones. Con las pruebas de auditoría practicadas le permitió tener un conocimiento general sobre el sistema de control Interno operante en toda la entidad, es así como en el subsistema de Control estratégico podemos identificar algunos hallazgos relevantes dentro de los procesos de la oficina de talento humano direccionados al incumplimiento del plan de capacitación y bienestar social.

Como resultado de los informes presentados por la oficina de Control Interno se logro mejorar sustancialmente la organización de los procesos en la oficina de talento humano particularmente en lo relacionado con la actualización y calificación de las hojas de vida de los empleados de planta de personal de la entidad.

La oficina de Control Interno dentro del plan de auditaría ejecutado atreves de la medición de los indicadores propuestos en el MECI como parte del subsistema de control de Gestión determino debilidades en la parte de inventarios, depuración de cuentas por cobrar, procesos de saneamiento contable, falta de conciliaciones para cruces de cuentas entre las áreas de presupuesto, contabilidad, tesorería y facturación, aplicación de la Ley 594 de 2000 o ley de archivo, aplicación de la Ley 962 de 2005 o Ley anti tramite, aplicación de una política de autocontrol mas agresiva por parte de los responsables de los procesos; existen algunas deficiencias en la parte de comunicación e información.

Con la implementación del MECI la entidad logro dentro del subsistema de control de gestión identificar los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de control lo cual facilita a la administración tener una estructura organizacional en la ESE.

La implementación del Modelo Estándar de Control Interno en el control de evaluación, ha permitido fomentar mayor responsabilidad en los funcionarios fortaleciendo la cultura del autocontrol. La ESE ha tenido dificultades en la elaboración de los planes de mejoramiento por procesos y planes de mejoramiento

individuales por parte de los jefes a sus funcionarios a cargo; esta claro y definido que con la elaboración de los planes de mejoramiento se pueden mejorar y actualizar los procesos. En el año 2011 se construyo y formulo el plan de mejoramiento para el fenecimiento de la cuenta integral de 2009 de la Contraloría General del Departamento, sin que hasta la fecha se hayan cumplido todos los compromisos programados en el plan de mejoramiento; la oficina de Control Interno le ha hecho seguimiento a este plan de mejoramiento y le ha solicitado a la gerencia este cumplimiento sin que se haya conseguido.

La ESE no cuenta con la oficina de auditoría interna, sin embargo, la oficina de Control Interno practica auditorias en las diferentes áreas determinando los hallazgos que son informados a la gerencia mes a mes, para que se formulen acciones correctivas.

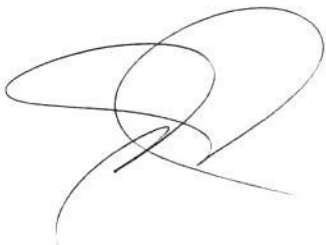
De todo lo anterior se han presentado las recomendaciones para la elaboración de los planes de mejoramiento por parte de la administración.

## **5. RECOMENDACIONES PARA EL MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y EL MEJORAMIENTO DEL MODELO.**

- Socializar permanentemente el Modelo Estándar de Control Interno como herramienta de medición y evaluación de toda la actividad y los procesos que desarrolla la entidad dentro de su objeto social.
- Promover el autocontrol como mecanismo para hacer las cosas bien.
- Publicar los programas, proyectos licitaciones y contratos a través de medios de comunicación tecnológicos y electrónicos (pagina web).
- Inculcar el sentido de pertenencia de los funcionarios con la institución.
- Elaborar proyectos de mejoramiento por procesos e individual dando a conocer a cada empleado sus derechos y obligaciones.
- Involucrar dentro del sistema de información interno de la entidad a todas las dependencias para producir una información integral sistematizada en línea aprovechando todas las herramientas de los sistemas de computo (Dinámica Gerencial).

- Mantener los estándares de satisfacción al usuario, los cuales recaen directamente sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud.
- Hacer permanente seguimiento a las cuentas por cobrar, con el propósito de hacer acciones de cobro para mejorar la liquidez de la Entidad.
- Seguir con las actividades faltantes de implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI hasta completar el 100%.
- Dar cumplimiento a la ley 594 de 2000 o ley de archivos y ley 962 de 2005, o ley anti trámites.
- Utilizar los precios del SICE como precios de referencia para hacer las compras.
- Evaluar permanentemente el plan de capacitación y bienestar social para verificar su cumplimiento.
- Revisión por cada responsable de cada proceso de los riesgos identificados para detectar nuevos riesgos.
- Actualizar el manual de funciones acorde con la estructura implementada en el MECI.
- Convocar trimestralmente el comité de sostenibilidad contable para proponer y hacer correcciones y los ajustes respectivos.

Cordialmente,



**DAVID DUARTE**  
**Asesor de Control Interno.**