



E.S.E. Hospital Departamental
SAN ANTONIO DE PADUA
La Plata - Huila
NIT. 891.180.117-7

**INFORME EJECUTIVO ANUAL DE
CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2013
LA PLATA HUILA, FEBRERO DE 2014**

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



1. INTRODUCCIÓN

El presente Informe se elabora con base en las directrices que cada año expide el Departamento administrativo de la Función Pública (DAFP) para la vigencia 2013, el cual debe ser reportado al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, antes del 28 de Febrero de Cada año.

En él se pretende resaltar los avances obtenidos por la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata Huila, como resultado de las actuaciones de la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2013; la cual a través de las evaluaciones realizadas a la implementación del Modelo Estándar de Control Interno - MECI, la ejecución del Control Interno Contable, las auditorías, gestiones y verificaciones adelantadas por la oficina y la aplicación de las normas de Austeridad del Gasto, realizó las funciones pertinentes, enmarcadas en la normatividad legal vigente que rige el Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



2. OBJETIVO

Evaluar de manera Integral e independiente, el Sistema de Control Interno (Institucional y Contable), de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata Huila, estableciendo el grado de avance en la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI, según los lineamientos establecidos mediante el Decreto 1599 de 2005, el Control Interno Contable (Resolución 357 de 2008) y Austeridad del Gasto (Decreto 26 de 1998).

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



3. ALCANCE DEL INFORME

El presente informe evaluativo del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila, describe los resultados obtenidos sobre la calificación del avance de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, en cada uno de sus subsistemas, componentes y elementos; el avance en la implementación del Control Interno Contable, el concepto sobre la aplicación de normas de austeridad del gasto en la entidad; el Informe sobre el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento, y las actividades de Auditoria desarrolladas en las diferentes dependencias durante la vigencia fiscal 2013.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



4. METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente Informe, la Oficina de Control Interno se basó en la metodología establecida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial y demás Leyes Normas, Resolución y Circulares vigentes existentes para este fin. Así como lo dispuesto en la Circular Externa No. 003 -100 del 28 de Diciembre de 2012, emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública.

La oficina de control Interno durante el año 2013, desarrolló el Plan de auditorías propuesto mediante evaluaciones, verificaciones y visitas de seguimiento; actividades de las cuales, emitió los respectivos informes estructurados de la siguiente manera: se definió el objetivo de la auditoria, los hallazgos, una descripción de las actividades desarrolladas para llevar a cabo la auditoria y por último las conclusiones y recomendaciones, con el fin de subsanar las deficiencias encontradas.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL MECI

Según la Ley 87 de 1993 y ley 489 de 1999, todas las Instituciones Públicas deben implementar, desarrollar y evaluar el Sistema de Control Interno; además implementar el nuevo Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en complemento con el Sistema de Gestión de la Calidad que se esté desarrollando en la Institución.

El Control Interno es un esquema de acción adoptado por la empresa para generar y desarrollar de manera permanente, eficiente y oportuno un sistema de control que garantice el cumplimiento de los principios, normas, leyes, políticas, procedimientos, funciones, estructura orgánica; para la racionalización de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros.

Con el ánimo de estructurar el desarrollo e Implementación de dicho Sistema, el Gobierno Nacional, estableció en el año 2005, el MECI, como MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO, en el cual se integraron todos los componentes que debe reunir una Institución para ejercer control de los procesos ejecutados y brindar herramientas de mejoramiento continuo.

Luego de implementado dicho Modelo, la Institución ha procurado la sostenibilidad, que en cabeza de los responsables de procesos ha sido inmersa a los objetivos Institucionales y a la vez se ha establecido que contenga características cuantitativas para que pueda ser medible y evaluable.

Este seguimiento ha contemplado evaluaciones periódicas a los procesos, desarrollando actividades de control y espacios continuos de retroalimentación a los funcionarios.

Se resalta que algunos Componentes del Sistema han logrado ser sostenibles y esto ha reflejado logros Institucionales significativos, sin embargo otros como: la Administración de los Riesgos, la Comunicación Pública y la eficiencia de los Planes de Mejoramiento deben generar acciones que fortalezcan la operatividad de los procesos.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



5.1. CONCEPTO GENERAL

Con respecto al avance de Implementación del MECI para la Vigencia 2013 se puede manifestar que la Institución ha realizado los esfuerzos por sostener la Implementación, pero que aun deben realizarse acciones de mejoras significativas para lograr un Desarrollo Optimo, que permita a la Institución un sostenimiento a largo plazo.

5.2. ANALISIS POR SUBSISTEMAS

Este análisis se realiza con el objetivo de ver el comportamiento de cada elemento de control.

5.2.1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

Como se observa los Elementos de Control que requieren ser fortalecidos de manera inmediata, corresponden al Componente de Administración del Riesgo. Estos elementos hacen referencia a la elaboración, divulgación y valoración constante a través de los Mapas de Riesgos por proceso. Es de anotar que La Institución ha realizado la identificación de los Riesgos por procesos y se esforzó por iniciar el levantamiento de los Panoramas de factores de Riesgo desde el Área de Salud Ocupacional principalmente de la parte asistencial. De todas maneras es indispensable terminar con esta actividad, consolidar el Mapa de Riesgos Administrativos y Organizar la Matriz de Riesgos Institucional.

En los Componentes de Ambiente de Control y Direccionamiento Estratégico, se requieren acciones de mejora para lograr un Nivel Optimo. Principalmente lo actividades relacionadas con Talento Humano y Modelo de Operación por procesos, sintetizadas en Procesos de reinducción, Capacitación y Estructura Organizacional.

5.2.2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

Deben fortalecerse los Componentes de Información y Comunicación Pública, en actividades como: la Aprobación de las Tablas de Retención Documental pues de ahí se deriva el cumplimiento de la Ley 594 de 2000, (Aunque la Institución ha cumplido con los requerimientos exigidos por los encargados de la Aprobación hasta

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



el momento no ha sido posible) y mientras no se tenga el Concepto de Aprobación las acciones de mejora implementadas no serán suficientes para que el Nivel de Desarrollo sea Optimo. Además de esto se debe fortalecer en el Plan de Comunicaciones y su implementación en debida forma.

Igualmente continuar con la socialización de los procedimientos de la Institución tanto de la parte Asistencial como Administrativa.

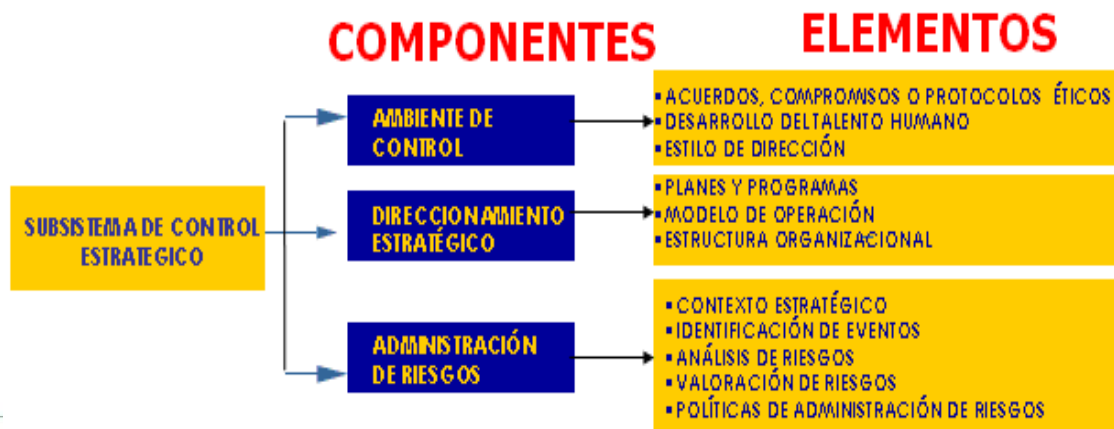
5.2.3. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

Por último en este Subsistema de Control de Evaluación se considera tomar acciones correctivas frente a la elaboración y seguimiento de Planes de Mejoramiento Individual como resultado de las Evaluaciones y recomendaciones efectuadas por la Oficina de Control Interno o como resultado de la evaluación de la gestión y el desempeño de cada funcionario. Además de lograr el Fenecimiento de las Cuentas, según la evaluación y los Informes de Auditorias realizados por la Contraloría Departamental del Huila, pues son los elementos de control en los cuales el Nivel de desarrollo en el momento no es Optimo.

5.3. AVANCES Y DIFICULTADES POR SUBSISTEMAS

5.3.1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

Es el Conjunto de Componentes de Control que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento de la orientación Estratégica y Organizacional de la Entidad Pública.





COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL.

AVANCES:

- ✚ En la Institución existe un Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales, el cual contempla el propósito principal de cada empleo de la planta de personal, las competencias requeridas para el desempeño de cada empleo.
- ✚ La Institución socializó con todos los colaboradores el Código de Ética y Buen Gobierno y el Manual de Inducción orientando las actuaciones de los funcionarios de la Institución.
- ✚ Se estableció para la vigencia el Plan de Capacitación y Formación procurando suplir las necesidades de formación en los procesos mas significativos de la Institución.
- ✚ Se realizó la Evaluación del Desempeño a los funcionarios que se encuentran en Carrera Administrativa de manera oportuna.
- ✚ Se estructuró y ejecutó el Plan de Bienestar Social e incentivos, teniendo a fortalecer las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo y a mejorar el Clima organizacional.
- ✚ Se desarrollo del Programa de Salud Ocupacional realizando el Diagnóstico de las necesidades de la E.S.E, capacitando al personal en temas como: Generalidades del COPASO, Inducción al Comité de Convivencia Laboral, Estilos de vida saludables. Además de esto, se realizó el Analisis del Clima Organizacional en el Primer Semestre del Año.

DIFICULTADES.

- ✚ Se identificaron las necesidades y actividades que deben desarrollarse en relación con el Plan de Emergencia, sin embargo falta consolidar el Documento.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

AVANCES:

- ✚ La Gerencia desarrolló el Plan Estratégico a través del POA 2013 con un cumplimiento del 93.2%. Desplegado a través de 21 Metas direccionadas a ejecutar y mejorar continuamente los procesos de la Institución.
- ✚ En el Mapa de Procesos de la Institución 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 Procedimientos y Actividades que se desarrollan en la ejecución de la Misión Institucional.
- ✚ Con el redireccionamiento de la Plataforma Estratégica de la Institución, realizado bajo el contexto de Calidad, los conceptos de Misión, Visión, Objetivos y Política de Calidad, son términos que los colaboradores ya identifican con más facilidad. Igualmente se actualizó la Identidad Corporativa, mediante el cambio del Logo Institucional, creando así, una nueva Identidad e Imagen Corporativa.
- ✚ La E.S.E cuenta con un Plan de Desarrollo, Presupuesto General, Plan de Inversiones y un Plan Operativo en todas las áreas que componen su Gestión, los cuales han sido ejecutados y desarrollados conforme a las estipulaciones normativas y progresivamente de acuerdo a las condiciones que se presentan en la Institución.
- ✚ Se actualizaron y documentaron procedimientos, guías y protocolos de atención en algunos servicios del Área Asistencial y se levantaron los procedimientos en procesos del Área Administrativa.
- ✚ Se continúan reorientando los Comités de Apoyo, en áreas como Calidad, Área Financiera, Contracción y Dirección, con el objetivo de mejorar el enlace en la comunicación y realizar seguimiento y evaluación en la toma de decisiones.
- ✚ Se continúa con el levantamiento y seguimiento de los Indicadores de Gestión

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



con el ánimo de que sea periódico y oportuno para la Planeación Institucional.

DIFICULTADES.

- + La Entidad no tiene diseñado un esquema formal de Evaluación para el Desempeño Laboral de los funcionarios que no pertenecen a la Planta de personal.
- + El cumplimiento del 100% del Programa de Inducción y Reinducción.

COMPONENTE: ADMINISTRACION DE RIESGOS.

AVANCES:

- + Se dio continuidad al Programa de Salud Ocupacional y Seguridad Industrial en la Entidad con la colaboración de una profesional en el área, permitiendo la priorización de necesidades e identificación de Riesgos en algunos servicios del Area Asistencial.
- + Se inició la elaboración de los Panoramas de Factores de Riesgo, con asesoría de la ARL SURA.
- + La Entidad continúa fortaleciendo la cultura del reporte de los Eventos Adversos por parte de los funcionarios, permitiendo valorar constantemente las acciones encaminadas a la minimización de los Riesgos.

DIFICULTADES.

- + La consolidación de la Matriz de Riesgos Institucional no se ha logrado en un 100%.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



5.3.2. SUBSISTEMA CONTROL DE GESTIÓN



Es el Conjunto de Componentes de Control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondientes, aseguran el control a la ejecución de los procesos de la Entidad Pública, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su Misión.

COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL.

AVANCES:

- ✚ La Entidad tiene definido el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos en el Plan de Desarrollo, evaluándolos a través de los indicadores de Gestión establecidos.
- ✚ Las políticas de operación de la Administración se encuentran establecidas y se socializan constantemente con los funcionarios de la E.S.E.
- ✚ Durante el año 2013, los Indicadores de Resultados con que cuenta la Entidad fueron evaluados dentro de los procesos de Planeación, Control, Gestión Financiera y Calidad, resultados que han permitido la generación de acciones preventivas y correctivas mejorando y facilitando la toma de decisiones.
- ✚ Se logró la documentación del 100% de los procesos al interior de la Entidad durante la vigencia de 2013.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



DIFICULTADES:

- ✚ El seguimiento del 100% de los controles planteados para cada uno de los Procesos Institucionales caracterizados y documentados.

COMPONENTE: INFORMACION.

AVANCES:

- ✚ La E.S.E tiene estructurada la oficina de SIAU, mediante la cual se administran los mecanismos para recibir sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, por parte de la ciudadanía y comunidad en general.
- ✚ La Información que se origina y se procesa al interior de la E.S.E es administrada por cada Área atendiendo los señalamientos establecidos por la Institución de acuerdo a los lineamientos de la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública que se está implementando en la Institución y clasificada de acuerdo a los procesos que existen. Además de esto, los documentos que generan dicha información se tienen identificados y adoptados formalmente: Proyectos, Circulares, Resoluciones, Manuales, Informes, Actas, Formatos y Formularios para el registro de la información requerida para la generación de Datos estadísticos y herramientas de medición, según lo indicado en el Procedimiento de Elaboración y Control de Documentos.
- ✚ La Institución inició el proceso de sistematización de la Historia Clínica y la digitalización de su archivo con el ánimo de mejorar la prestación de los servicios y fortalecer los Sistemas de Información.
- ✚ La Institución tiene definidas e identificadas las fuentes externas que suministran información, tales como proveedores, grupos de la comunidad, Contratistas, Entes de Control y Vigilancia, etc.
- ✚ Se tiene claramente identificada la información que debe ser suministrada a sus clientes externos, así como su periodicidad y requerimientos y cuenta con los

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



mecanismos necesarios para garantizar la oportunidad de la misma.

DIFICULTADES:

- ✚ Con base a la Ley 594 de 2000, la Entidad no ha logrado la aprobación de las Tablas de Retención Documental, razón por la cual los esfuerzos que se realicen por el mantenimiento del Archivo General de la Institución estarán sujetos a los cambios normativos.
- ✚ Las herramientas o instrumentos tecnológicos que brinda el Sistema de Información utilizado en la Institución todavía no es productivo al 100% en algunos procesos Institucionales.

COMPONENTE: COMUNICACIÓN PÚBLICA.

AVANCES:

- ✚ Se estableció el Plan de Comunicaciones en la Institución teniendo en cuenta que la comunicación es un soporte transversal para el desarrollo adecuado de los procesos del Hospital y mediante la puesta en marcha de Estrategias Internas y Externas se ha querido garantizar la existencia y permanencia de flujos adecuados de Comunicación.
- ✚ Durante el año 2013, la E.S.E cumplió con el envío y entrega de Informes a todos los Entes de control y demás Órganos de Vigilancia.
- ✚ El Hospital cuenta con los lineamientos de Planeación requeridos para programar y desarrollar la Rendición de Cuentas a la comunidad.
- ✚ Los canales de comunicación internos y externos facilitan la socialización de la información que es generada al interior de la Entidad.

DIFICULTADES

- ✚ La E.S.E. cuenta con una Página Web de fácil acceso a funcionarios y usuarios

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



en donde se publican actuaciones Institucionales, sin embargo no con la regularidad necesaria para ser eficaz.

5.3.3. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

Este subsistema permite en forma permanente la efectividad del Control Interno en la E.S.E, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes y programas, los resultados de la gestión, detección de desviaciones y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Entidad.



COMPONENTE: AUTOEVALUACION.

AVANCES:

- ✚ Se realizó una Autoevaluación específica a la Gestión del Control durante la Vigencia encontrando indispensable el fortalecimiento de la definición en las responsabilidades y en la ejecución del Programa de Inducción.
- ✚ Se han realizado mediciones del Sistema de Control Interno con las herramientas diseñadas para tal fin, las cuales han generado acciones correctivas, preventivas y de mejora en cada uno de los procesos.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



- ✚ La Institución realizó seguimiento estricto a la Gestión Institucional haciendo uso de los indicadores de los procesos.

COMPONENTE: EVALUACION INDEPENDIENTE.

AVANCES:

- ✚ La Oficina de Control interno realizó seguimientos relevantes al Sistema de Control interno para determinar su efectividad.
- ✚ Se elaboró para la Vigencia el Programa de Auditorias, el cual fue adoptado y ejecutado en un 85%.
- ✚ Con el desarrollo del Plan de Auditoria se han podido detectar falencias en algunos procesos, que paralelamente han sido dinamizados conjuntamente con el trabajo que se desarrolló desde el Área de Calidad.
- ✚ Igualmente la Oficina de Control Interno se preocupa por realizar el seguimiento correspondiente y verificar el logro y efectividad de las acciones correctivas o preventivas establecidas en los Planes de Mejoramiento levantados.

DIFICULTADES.

- ✚ La Institución no pudo contar durante toda la vigencia con la persona que apoyara el Área de Control Interno.

COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO.

AVANCES:

- ✚ La Entidad construyó los Planes de Mejoramiento necesarios, con base en las observaciones realizadas por la Oficina de Control Interno, las Auditorías externas de los Entes de Control y las Autoevaluaciones a los Estándares de Acreditación. Dichos planes fueron aprobados y dirigidos periódicamente a los

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



Estamentos y Áreas correspondientes.

- ✚ Igualmente se han levantado Planes de Mejoramiento por procesos, logrando identificar las acciones de mejoras propias de cada área para buscar el cumplimiento cabal de los objetivos Institucionales y las metas propuestas para la vigencia en el Plan Estratégico.

DIFICULTADES:

- ✚ No se establecen formalmente Planes de Mejoramiento Individual como resultado de las Evaluaciones y recomendaciones efectuadas por la Oficina de Control Interno o como resultado de la evaluación de la gestión y el desempeño de cada funcionario.
- ✚ No se ha logrado el Fenecimiento de las Cuentas, según la evaluación y los Informes de Auditorías realizados por la Contraloría Departamental del Huila.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



6. INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE VIGENCIA 2013

6.1. ETAPAS Y ACTIVIDADES QUE COMPRENEN EL PROCESO CONTABLE

6.1.1. ETAPA DE RECONOCIMIENTO





Según el Plan General de Contabilidad Pública, el Reconocimiento es la etapa de captura de los datos de la realidad económica y jurídica, su análisis desde la óptica de origen, la aplicación de recursos y el proceso de su incorporación a la estructura sistemática de clasificación cronológica y conceptual de la contabilidad. Esta etapa incluye el reconocimiento inicial de las transacciones, hechos u operaciones, así como las posteriores actualizaciones de valor.

La etapa de reconocimiento se materializa con la ejecución de las siguientes actividades:

6.1.1.1. IDENTIFICACIÓN

Con esta actividad se busca evaluar que la totalidad de los hechos, transacciones y operaciones sean incorporados al proceso contable.

Fortalezas

-  La E.S.E. HDSAP, durante la vigencia 2013 realizó la caracterización y documentación del Proceso de Gestión Financiera y de los Procedimientos que lo conforman como son: Presupuesto, Cartera, Tesorería, Contabilidad, Auditoría de Cuentas y Facturación.
-  Los bienes de la E.S.E., se encuentran identificados individualmente a través del mecanismo de Placas.
-  Los funcionarios y contratistas que se desempeñan en el área financiera y contable, son profesionales en el área, conocen plenamente el régimen de contabilidad pública aplicable para la Entidad y se capacitan y actualizan constantemente.
-  Los informes Financieros se encuentran debidamente soportados, con documentos idóneos y las descripciones de los diferentes hechos u

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



operaciones son completas y adecuadas.

Debilidades

- ✚ La Entidad posee un gran número de activos fijos obsoletos e inservibles, los cuales deben ser identificados y valorados para ser dados de baja.

6.1.1.2. CLASIFICACION

Actividad en la que de acuerdo con las características del hecho, transacción u operación, se determina en forma cronológica su clasificación conceptual según el catálogo general de cuentas.

Fortalezas

- ✚ El área de apoyo administrativo da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Entidad y al Régimen de Contabilidad Pública emitido por la Contaduría General de la Nación.

Debilidades

- ✚ El espacio adecuado el archivo documental que no permite administrar adecuadamente los soportes de la información Contable, Legal y Administrativa.

6.1.1.3. REGISTRO Y AJUSTES

Actividad en la que se elaboran los comprobantes de contabilidad y se efectúan los registros en los libros respectivos. Corresponde también a la verificación de la información producida durante las actividades precedente al proceso contable, para corroborar su consistencia y confiabilidad, previo a la revelación en los estados, informes y reportes contables, para así determinar cifras sujetas a ajustes y/o reclasificaciones, los cuales deben registrarse atendiendo lo dispuesto en el Régimen de Contabilidad Pública.

Fortalezas

- ✚ En cumplimiento de los procedimientos establecidos en el área contable y financiera, se ha mejorado la calidad de los soportes y la información

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



inherente al proceso contable.

- ✚ La información del Balance General y Estados financieros se encuentra registrada e impresa y los libros de contabilidad y se encuentran debidamente soportados con sus comprobantes y demás soportes contables.

Debilidades

- ✚ La E.S.E. HDSDAP, no ha implementado en su totalidad la Ley 594 de 2000 o Ley de archivos.
- ✚ La Entidad no realiza back-up diario de la información contable, lo cual se convierte en un riesgo de perder la información. Tampoco se cuenta con copias de seguridad del proceso contable en otro sitio diferente a las oficinas donde se realiza el proceso de la información contable.

6.1.2. ETAPA DE REVELACION

Según el Plan General de la Contabilidad Pública, la Revelación es la etapa que sintetiza y representa la situación, los resultados de la actividad y la capacidad de prestación de servicios o generación de flujos de recursos, en estados, informes y reportes contables confiables, relevantes y comprensibles.

6.1.2.1. ELABORACIÓN DE ESTADOS CONTABLES Y DEMAS INFORMES

Actividad mediante la cual se concreta el resultado del proceso contable, expresado en el diseño y entrega oportuna de los estados, informes y reportes contables, los cuales deben contener la discriminación básica y adicional que sea necesaria para una adecuada interpretación cuantitativa y cualitativa de los hechos, transacciones y operaciones realizadas, permitiendo a los usuarios construir indicadores de seguimiento y evaluación de acuerdo con sus necesidades, e informar sobre el grado de avance de los planes, programas y proyectos de la Entidad.

Fortalezas

- ✚ El Entidad ha dado cumplimiento a las fechas establecidas para la presentación de los diferentes Informes Financieros y Declaraciones Tributarias a los Órganos de Control y Vigilancia. bajo los parámetros establecidos.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



- ✚ Los Estados Financieros de la E.S.E. HDSAP, son publicados anualmente en un periódico de circulación Departamental (Diario del Huila) y son rendidos a la Comunidad en la Rendición de Cuentas cada año.
- ✚ La ESE cuenta con libros de contabilidad debidamente registrados de acuerdo a lo establecido en el plan General de Contabilidad Pública (PGCP).

Debilidades

- ✚ Los Estados financieros no son publicados, mensualmente en la página web de la institución; ni en sitios visibles.

6.1.2.2. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Actividad que corresponde a la lectura que se hace de los estados, informes y reportes contables, con el propósito de concluir sobre la situación, resultado y tendencia de las entidades públicas, desde las perspectivas financiera, económica, social y ambiental, de tal manera que su comunicación sea suficientemente útil para soportar las decisiones relativas a la administración de los recursos públicos.

Fortalezas

- ✚ La información financiera se da a conocer a nivel interno a las Áreas correspondientes como Subgerencia Administrativa y Financiera y a la Gerencia General; posteriormente ante la Junta Directiva, para información y toma de decisiones.
- ✚ La Revisoría Fiscal con base en los Estados Financieros presentados por la Oficina de Contabilidad; verifica los resultados de la medición de los indicadores financieros, los cuales son comunicados a la Junta Directiva de la entidad.

Debilidades

- ✚ La Información de las Cuentas Consolidadas de los años 2010 y 2011 no han sido fenecidas por la Contraloría Departamental.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



6.1.3. OTROS ELEMENTOS DE CONTROL

Con el propósito de lograr una información contable con las características de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad, en la Entidad se observan los siguientes elementos:

6.1.3.1. CUENTAS DE VIGENCIAS EXPIRADAS

Se pudo evidenciar que en el cierre financiero de la vigencia 2012, no quedaron cuentas pendientes por pagar en la siguiente vigencia (2013).

6.1.3.2. DEPURACIÓN CONTABLE PERMANENTE Y SOSTENIBILIDAD

El Hospital San Antonio de Padua del Municipio de la Plata Huila, mediante Resolución No. 226 del 26 de Junio de 2012, creo el Comité Técnico de Sostenibilidad Contable y el Comité de Cartera mediante Resolución No. 167 del 18 de Mayo de 2012, los cuales se encuentran activos a la fecha.

Se evidencia la Gestión realizada para el Cobro de Cartera vencida, así mismo el inició de procesos de cobro jurídico, logrando así una Depuración de la Cuenta en los Estados Financieros.

6.1.3.3. MANUALES DE PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES

Se da aplicación al Régimen de Contabilidad Pública, se actualizaron, caracterizaron y documentaron los Procedimientos del Area Financiera. Adicional a estos se han generado Instructivos Administrativos.

6.1.3.4. REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS OPERACIONES

El Hospital realiza las conciliaciones Bancarias mensualmente, las conciliaciones con otras dependencias trimestralmente y con las EPSS tres veces al año por correo electrónico y/o de manera personal.

6.1.3.5. INDIVIDUALIZACIÓN DE BIENES, DERECHOS Y OBLIGACIONES

En cuanto a bienes se cuenta con un software contable, administrado por una Dependencia diferente a contabilidad (Activos Fijos), en la cual se tienen identificados los bienes individualmente y clasificados de acuerdo con la Estructura Contable.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



6.1.3.6. *SOPORTES DOCUMENTALES*

Las operaciones realizadas por la Entidad, se encuentran debidamente soportadas.

6.1.3.7. *LIBROS DE CONTABILIDAD*

Los libros de contabilidad tanto Principales como Auxiliares, se tiene disponibles para consulta en medio magnético o físico. Las cifras presentadas en los libros corresponden a los revelados en los Estados Contables.

Los ajustes necesarios para garantizar la confiabilidad de la información, se realizan con la debida oportunidad y argumentación.

6.1.3.8. *ACTUALIZACIÓN PERMANENTE Y CONTINUA*

El personal del Area Administrativa y Financiera actualiza las Normas Contables y participa en las diferentes capacitaciones, programadas por la Contaduría General de la Nación.

6.1.3.9. *RESPONSABILIDAD EN LA CONTINUIDAD DEL PROCESO CONTABLE*

La E.S.E., da cumplimiento a las disposiciones establecidas por la Contaduría General de la Nación, con respecto al cambio de Representante Legal o Contador.

6.1.3.10. *EFICIENCIA EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN*

La Entidad cuenta con un software integrado, el cual permite generar información ágil, confiable y oportuna en el desarrollo del proceso contable; permitiendo el cumplimiento de la presentación de informes en las fechas establecidas por los diferentes entes.

La Entidad genero con fecha 04 de Diciembre de 2013, la Circular No. 035 referente al Cierre Financiero de la vigencia 2013.

6.1.3.11. *ELABORACIÓN DE ESTADOS, INFORMES Y REPORTE CONTABLES*

La E.S.E HDSAP, da cumplimiento al Régimen de Contabilidad Pública en lo relacionado con la elaboración de los Estados Financieros, Informes y Reportes contables.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



6.1.3.12. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información contable de la Entidad, permite la realización de verificaciones y ajustes entre las diferentes cuentas que la conforman, al igual que con otras áreas involucradas en el proceso contable.

6.1.3.13. COORDINACIÓN ENTRE LAS DIFERENTES ÁREAS

El proceso contable está interrelacionado con las diferentes áreas tanto de apoyo Administrativo como Misionales. La Institución inició durante la vigencia la sistematización de la Historia Clínica con el propósito de dinamizar la prestación de los servicios y a futuro integrar la operación entre todas las áreas de la Entidad.

6.1.3.14. ACCIONES IMPLEMENTADAS

Hacen relación a los ítems mencionados como elementos de control y su aplicación en la Entidad Pública.

Fortalezas.

- ✚ 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 auditorías realizadas controla el efectivo, practicando arquezos de caja General y menor y en la revisión de las conciliaciones bancarias.

6.2. AVANCES OBTENIDOS RESPECTO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES REALIZADAS

- ✚ Con la Circular del Cierre de Vigencia 2013, La Gerencia General y las oficinas Administrativa y Financiera, impartieron instrucciones para el cierre de operaciones financieras y presupuestales.
- ✚ Se continúa con el proceso de conciliación de los saldos de Operaciones Recíprocas, a través de circularización periódica entre las diferentes entidades, según los parámetros establecidos por la Contaduría General de la Nación.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



7. GESTIÓN Y ACTIVIDADES ADELANTADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

7.1. AUDITORIAS Y SEGUIMIENTOS

Durante el año 2013, se elaboró la caracterización del Proceso de Evaluación y Control establecido con el ajuste realizado al Mapa de Procesos de la Institución que tendrá como Líderes a los responsables de Control Interno, MECI y Auditoría de la Calidad. Igualmente se elaboraron los Procedimientos que permitirán desarrollar y ejecutar este proceso a saber: Auditoría Integral y Planes de Mejoramiento.

Paulatinamente se realizaron auditorías en las Áreas de Contratación, Facturación, Talento Humano, Farmacia, Almacén y seguimiento al POA 2013.

7.1.1. Programa de Auditoría año 2013

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA HUILA												
PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS												
VIGENCIA:	2013				FECHA DE ELABORACION	Enero de 2013						
COBERTURA:	El Programa Anual de Auditorías debe desarrollarse dentro del marco del sistema de control interno y debe abordar todos los elementos que involucran el MECL en las diferentes dependencias, procesos y procedimientos desarrollados en Hospital. Este plan servirá para la planeación del desarrollo de las auditorías, evaluaciones y verificaciones que deba realizar la Oficina de Control Interno.											
ALCANCE:	El plan anual de auditorías aplica para las auditorías, evaluaciones y verificaciones que serán llevadas a cabo por la Oficina de Control Interno del Hospital San Rafael de El Espinal durante la Vigencia 2013.											
CAMPO DE INTERES:	. Gerencia											
	. Comité Coordinador de Control Interno											
	. Dependencias Auditadas											
OBJETIVO GENERAL:	Establecer el programa anual de auditoría de la Oficina de Control Interno, que permita realizar la tarea de evaluación independiente de manera integral y objetiva a la gestión y a los controles internos implementados en el Hospital, con lo cual se contribuye a la mejora continua en las áreas Asistenciales y administrativas objeto de auditoría y evaluación.											
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	1. Definir los criterios o componentes básicos que deben involucrar las auditorías, evaluaciones y verificaciones.											
	2. Identificar las auditorías, evaluaciones y verificaciones que serán llevadas a cabo por la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2013.											
	3. Determinar los recursos necesarios para llevar a cabo la implementación del Programa Anual de Auditorías de la Oficina de Control Interno.											
Nombre Auditoria	Tipo de Auditoria			Objetivo	Alcance	Justificación	Periodo y Duración	Criterios	RECURSOS			AVANCE
	Auditoria	Evaluación	Verificación						Audidores	Fisicos/ Logísticos	Infraestructura/ Tecnología	

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



Evaluación Inventarios Físicos		X		Revisar los Inventarios físicos de Farmacia y Almacén General para establecer efectividad de los controles definidos.	Aplica sobre los Procedimientos de Almacén y Contabilidad.	Cumplimiento de la Normatividad Contable de la Institución.	Enero, Junio y Diciembre 2013 3 meses	Procedimientos y controles contables establecidos.	Profesionales Control Interno y MECI	Oficinas/Papelería, Inventarios Sistema	Equipo de Computo con acceso a Internet	100% Inventarios realizados
Seguimiento Planes de Mejoramiento			X	Realizar seguimiento a los compromisos adquiridos por la Institución en los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría Departamental para las Vigencias 2009, 2010 y 2011.	Aplica sobre los Procesos de Gestión Financiera.	Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento o aprobados por la Contraloría Departamental.	Febrero 2013 1 mes	Planes de Mejoramiento Aprobados	Profesionales Control Interno y MECI	Oficina/Papelería	Equipo de Computo con acceso a Internet	100% Seguimiento realizado a la fecha
Proceso de Gestión Talento Humano			X	Verificar la realización de la Evaluación de Desempeño Laboral.	Aplica sobre los procedimientos de Talento Humano	Evaluar el grado de cumplimiento de la normatividad existente.	Marzo 2013 1 mes	Cumplimiento MECI, Sistema Gestión de Calidad	Profesional Control Interno	Oficina/Papelería	Equipo de Computo con acceso a Internet	100%

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



Proceso de Gestión Talento Humano		X		Verificar el cumplimiento del Plan de Bienestar Social, Capacitación y Seguridad Industrial en cada uno de los Trimestres del 2013.	Aplica sobre el Procedimiento de Bienestar Social.	Cumplimiento de la programación establecida.	Permanente	Cumplimiento Normativa vigente.	Profesional Control Interno	Oficina/ Papelería	Equipo de Computo con acceso a Internet	100% Cumplido
Arqueos de caja menor	X			Verificar el buen funcionamiento de la caja menor.	Aplica sobre el procedimiento de caja menor	Cumplimiento Resolución de Creación	Permanente	Resolución de Creación	Profesional Control Interno	Oficina/ Papelería	Equipo de Computo con acceso a Internet	100% verificado
Pruebas de Auditoria Proceso de contratación	X			Evaluar el grado de cumplimiento de la normatividad existente frente a los procesos de contratación.	Aplica a todos los procedimientos contractuales	Cumplimiento De Funciones Asignadas	Junio y Diciembre 2 Meses	Estatuto de Contratación	Profesional Control Interno	Oficina/ Papelería	Equipo de Computo con acceso a Internet	100%
Seguimiento Riesgos		X		Evaluar los Riesgos establecidos según la Implementación del MECI en el Área Administrativa.	Aplica sobre todos los procesos Administrativos.	Cumplimiento de MECI	Noviembre de 2013 - Un mes	Decreto 1599 de 2005	Profesionales Control Interno y MECI	Oficina/ Papelería	Equipo de Computo con acceso a Internet	50% - En proceso de identificación por Procesos.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



Seguimiento a la Planeación y Direccionamiento Institucional		X		Evaluación de la Gestión Institucional	Plan Gestión 2013 y POA 2013	Cumplimiento de los compromisos adquiridos	Enero a Diciembre de 2013	Grado de Cumplimiento del Plan de desarrollo Institucional	Profesional Control Interno y MECI	Oficina/ Papelería	Equipo de Computo con acceso a Internet	91%
												93%
Seguimiento PQRS	X			Verificar que la atención a los Usuarios se preste de acuerdo con las normas legales vigentes.	Aplica sobre el proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario	Art. 76 Ley 1474 de 2011	Noviembre de 2013 - Un mes	Cumplimiento a las solicitudes de la Comunidad	Profesional Control Interno	Oficina/ Papelería	Equipo de Computo con acceso a Internet	100%
Pruebas de Auditoría en el Área Administrativa		X		Evaluar el grado de cumplimiento de las normas contables referentes al cumplimiento de la Ejecución Presupuestal y Financiera.	Aplica sobre el proceso de Gestión Financiera	Cumplimiento de la Normatividad Contable.	Diciembre de 2013 - Un mes	Planeación Financiera, Cierre Contable y Financiero	Profesional Control Interno	Oficina/ Papelería	Equipo de Computo con acceso a Internet	0
CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE AUDITORIAS												85%

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



OTRAS ACTIVIDADES:

- Elaboración Arqueos Caja Menor y Área Facturación en los servicios de Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias.
- Elaboración conjunta MECl, Informe pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno.
- Socialización y sensibilización de los temas de Humanización y Seguridad al Paciente en apoyo y acompañamiento de la Fundación Visión Salud.
- Entrega a personal Administrativo y Asistencial del Código de Ética y Buen Gobierno.
- Acompañamiento al Proceso de Preparación para Acreditación en actividades como:
 - Autoevaluación de Estándares de Gerencia de la Información.
 - Autoevaluación de Estándares de Direccionamiento.
 - Priorización de Oportunidades de Mejora Estándares Asistenciales.
 - Priorización de Oportunidades de Mejora Estándares Talento Humano.
 - Priorización de Oportunidades de Mejora Estándares Gerencia de la Información.
 - Participación Curso de Auditores Internos bajo la Norma NTCGP 1000:2009.



8. CONCEPTO APLICACIÓN DE NORMAS DE AUSTERIDAD

Con el propósito de dar cumplimiento a la Política Nacional de Calidad en la prestación de los servicios, la E.S. E. Trabaja en el mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud, su oportunidad y ampliación de cobertura, condición que relaciona directamente a la población que requiere los servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios de la entidad. La búsqueda de este importante objetivo de calidad, ha generado el aumento progresivo en algunos gastos, como contratación de servicios de personal, especialmente en el área asistencial (médicos especialistas) y en un menor porcentaje en el área administrativa; tenido un alto incremento en pago de honorarios; sin que el Sistema de Salud Nacional cuente con tarifas establecidas, que regulen la prestación de estos servicios especializados en el área de la salud, como herramienta necesaria que nos permita ser más competitivos en el sector.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, en cumplimiento de la Política de Austeridad del Gasto Institucional, y debido a la necesidad de contratación de personal para las diferentes áreas, durante la vigencia 2013 contrato los servicios de Aseo, servicio de vigilancia y Suministro de alimentación a través de organizaciones legalmente constituidas y la contratación del personal asistencial a través del Sindicato de Trabajadores (SAVITRA).

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, ha cumplido con las exigencias del INVIMA, para el funcionamiento del Laboratorio Clínico y Banco de Sangre y con el cumplimiento de los requisitos de habilitación de los diferentes servicios, exigidos por el Ministerio de Salud y certificados por la Secretaria de Salud Departamental; para lo cual se han realizado las inversiones pertinentes, pero siempre en observancia de las políticas sobre medidas de austeridad y eficiencia de los recursos públicos.

En cuanto a la publicidad contratada en el año 2013, los gastos más relevantes se realizaron en publicaciones Institucionales de interés comunitario mediante medios escritos y radiales de nivel local y regional, suscripción a los diarios regionales (la Nación y diario del Huila) y la difusión de campañas de socialización sobre Portafolio de Servicios y Plataforma Estratégica.

En las auditorias de inventarios aleatorios y generales realizadas en almacén general y farmacia, se analizaron las dificultades presentadas en cuanto a los sobrantes, faltantes y préstamos de medicamentos y dispositivos médicos con los diferentes

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



servicios al interior de la entidad. Los responsables de estos procesos asistenciales y administrativos, aplicaron los correctivos y observaciones realizadas por la oficina de Control Interno, con la finalidad de la racionalización y legalización de los mismos para realizar su cobro posterior a las entidades aseguradoras y mantener inventarios exactos y confiables. Se observó que los procesos han mejorado notoriamente desde la Vigencia pasada y se atendieron las recomendaciones efectuadas por la Oficina de Control Interno.

Finalmente podemos concluir que La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, ha dado cumplimiento a las normas en materia de austeridad en el gasto durante la Vigencia y a partir de las actuaciones evaluadas por la Oficina de Control Interno se puede determinar que la Entidad no se han realizado gastos injustificados y que en aquellos gastos, donde se han observado incrementos se están implementando medidas de austeridad, con el propósito de lograr un gasto razonable. Se recomienda continuar con las medidas adoptadas y controles implementados en los gastos generales, buscando la eficiencia y economía en los egresos.



9. INFORME AVANCE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL

Actualmente la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, tiene suscritos tres (03) Planes de Mejoramiento con la Contraloría Departamental del Huila.

- El de la Cuenta Consolidada de 2010 aprobado el 03 de junio de 2012, el cual incluye 10 hallazgos, de los cuales de los cuales se han enviado los correspondientes soportes. A la fecha consideramos que está cumplido en un 100% sin embargo la Contraloría no se ha notificado al respecto.
- El Plan de Mejoramiento de la Evaluación Especial Contratación 2011 que se suscribió el 31 de enero de 2013, y fue aceptado por el Ente de Control el 31 de Mayo de 2013. Igualmente se han reportado los seguimientos del único hallazgo que comprende en este Plan, considerando de igual forma estar subsanada, pero, continuamos en espera del concepto de la Contraloría.
- Y el Plan de Mejoramiento de la Cuenta Consolidada 2011, igualmente con sus respectivos seguimientos y en espera de comunicación del concepto de Fenecimiento de la Contraloría Departamental.

De acuerdo a la anterior información, tenemos que con respecto a la Vigencias 2010 y 2011, las cuentas no han sido Fenecidas.

Con respecto a la Vigencia 2012, el Informe de Auditoría de la Cuenta Consolidada fue recibido por la Institución, se levantó el Plan de Mejoramiento correspondiente y estamos a la espera de la Aprobación por parte de la Contraloría Departamental.

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



10. RECOMENDACIONES GENERALES

- ✚ Continuar con el Proceso de Acreditación y la implementación de la Norma, Técnica de Calidad, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas propuestas.
- ✚ Implementar un programa de competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los Funcionarios y contratistas de la E.S.E.
- ✚ Elaborar planes de mejora individual y por dependencia, para el mejoramiento del desempeño de los funcionarios.
- ✚ Reforzar la cultura del Sistema Integrado de Gestión, y la cultura del Control y del Autocontrol.
- ✚ Fortalecer los indicadores de gestión, con el fin de hacer seguimiento a la gestión que realiza La E.S.E., teniendo en cuenta la oportunidad, finalidad, claridad, practicidad, confiabilidad y demás acciones que han sido recomendadas por organismos de control.
- ✚ Fortalecer la capacitación a todos los funcionarios sobre definición y metodología para administración de riesgos e indicadores de gestión, establecidos para el cumplimiento de las metas de la vigencia 2013.
- ✚ Implementar políticas permanentes relacionadas con procesos de saneamiento contable.
- ✚ Fortalecer la cultura de seguimiento a las acciones preventivas, correctivas y /o Planes de Mejoramiento internos y externos para cerrar los ciclos de seguimiento y mejora a los Procesos.
- ✚ Efectuar seguimiento a la ejecución del plan de compras y plan de contratación, teniendo en cuenta las etapas que los conforman para una correcta gestión, lo cual permite a la Entidad, dirigir y ordenar el desarrollo económico, social y ambiental.
- ✚ Continuar con los controles implementados en los gastos generales, buscando cada vez más la economía y austeridad en los egresos.
- ✚ Fortalecer la cultura de ahorro y sentido de pertenencia en la empresa,

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



dentro de los cuales están la reutilización del papel usado para borradores, apagar los equipos de computo, fotocopiadoras y luces una vez terminada la jornada laboral.

- ✚ Asignar un área de almacenamiento de material de aseo e insumos médicos, puesto que la bodega que funciona en la Sede antigua no ofrece buenas condiciones para el almacenamiento de estos insumos por presentar humedad.
- ✚ En el proceso de facturación, es necesario que se elabore el Recibo de Caja inmediatamente se realice la venta del Producto o Servicio, así el Usuario no lo solicite.
- ✚ Es necesario que la Calificación resultado de la Evaluación del Desempeño de los Empleados sea notificada formalmente a cada Empleado.

La Plata Huila, Febrero de 2014

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



ANEXOS



Departamento Administrativo
de la **FUNCIÓN PÚBLICA**
República de Colombia

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

CERTIFICADO DE RECEPCION DE INFORMACION

La Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, certifica que el Representante Legal de la Entidad relacionada a continuación, presentó electrónicamente la Encuesta de MECI, así como el Informe Ejecutivo Anual de Control Interno, VIGENCIA 2013.

Dicha información fue gestionada, elaborada y presentada en las fechas establecidas a través del Aplicativo MECI de acuerdo a la Circular No.100-009 de 2013 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.

Entidad : E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE
PADUA -LA PLATA
Representante Legal : CESAR EDUARDO GONZALEZ DIAZ
Jefe de Control Interno: ALVARO PAREDES QUINTERO
Radicado Informe Ejecutivo No:2028
Fecha de Reporte:26/02/2014 02:38:06 p.m.

En constancia firma,

MARÍA DEL PILAR GARCÍA GONZÁLEZ
Directora de Control Interno y Racionalización de Trámites

"Tú sirves a tu país, nosotros te servimos a ti"
Carrera 6a No. 12-62. Teléfono: 334 4080 Fax: 341 0515, línea gratuita 018000 917 770,
Internet: www.dafp.gov.co,
Email: webmaster@dafp.gov.co, Bogotá D.C, Colombia



!Trabajamos con Calidad... por su Salud!



E.S.E. Hospital Departamental
SAN ANTONIO DE PADUA
La Plata - Huila
NIT. 891.180.117-7

!Trabajamos con Calidad... por su Salud!

Avenida Los Libertadores Salida a Neiva / Tel. 8370170- 8370147-148- La Plata Huila