



**Gobernación
de Norte de
Santander**

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Nit. 890.501.019-9
CONTROL INTERNO



**INFORME EJECUTIVO DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA**

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

**PROFESIONAL ESPECIALIZADO:
Helber Alexander Roperro Contreras**

PAMPLONA, NOVIEMBRE 28 DE 2011



INTRODUCCION

El modelo estándar de control interno para el Estado Colombiano – MECI 1000:2005, proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia. La gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve un estructura uniforme, se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.

El propósito esencial del MECI es orientar a las entidades hacia el cumplimiento de sus objetivos y la contribución de estos a los fines esenciales del estado, para lo cual se estructura en tres grandes subsistemas, desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control:

- ❖ Subsistema de control estratégico: Agrupa y correlaciona los parámetros de control que orientan la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas.
- ❖ Subsistema de control de gestión: Reúne e interrelaciona los parámetros de control de los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión: planes, programas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información y medios de comunicación.
- ❖ Subsistema de control de evaluación: Agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación y evaluación.

Este enfoque concibe el control interno como un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la entidad y le permite estar siempre atenta a las condiciones de satisfacción de los compromisos contraídos con la ciudadanía, garantiza la coordinación de las acciones y la fluidez de la información y comunicación, y anticipa y corrige, de manera oportuna, las debilidades que se presentan en el que hacer institucional.

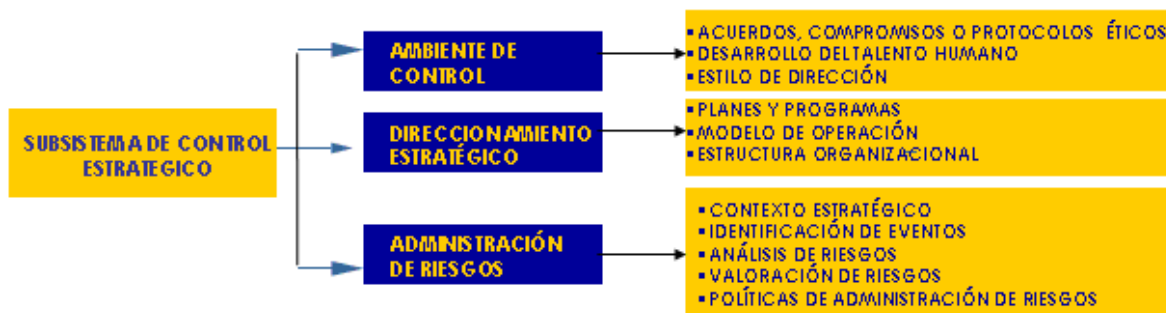
El diseño e implementación del modelo estándar de control interno, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1599 de 2005, implica determinar criterios claros y precisos para cada participante en el proyecto de implementación MECI, lo anterior implica observar una serie de pautas o directrices que faciliten el desarrollo de dicho proyecto.



INFORME EJECUTIVO DEL SOSTENIMIENTO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 EN LA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA

ETAPA II: MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005, POR SUBSISTEMAS, COMPONENTES Y ELEMENTOS DE CONTROL.

1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO



1.1 COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

1.1.1 Acuerdos, compromisos o protocolos éticos

Se evidencio que en la entidad esta adoptado y socializado el Código de Ética y Buen Gobierno, sin embargo a la fecha 28 de Noviembre de 2011 la entidad no ha realizado la respectiva encuesta de adherencia del código Ética y Buen Gobierno al personal, así mismo la oficina de personal no ha realizado el respectivo informe ejecutivo sobre la forma como los miembros de la entidad conciben y practican los principios y valores éticos, contando así con una línea base para evaluaciones posteriores y con un claro panorama de fortalezas y debilidades para el diseño de acciones de mejoramiento.

1.1.2 Desarrollo del talento humano

1.1.2.1 Plan de formación y capacitación

En la ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona esta establecido y adoptado el documento manual de capacitaciones, bienestar e incentivos evidenciándose el Plan de Formación y Capacitación para el año 2010 el cual cumplió con un 50% de ejecución dentro de la entidad.



Así mismo para la vigencia 2011 se evidencio a 28 de Noviembre de 2011 del presente que la oficina de Talento Humano no ha realizado el diagnostico de necesidades de capacitación de personal en la entidad y por ende no se cuenta con el Plan Anual de Capacitación de la vigencia 2011.

1.2.1.1 Procedimiento de vinculación, inducción, reinducción y desvinculación de personal

Se estableció la hoja de ruta de inducción para los empleados de la institución, verificándose que durante el 2010 y a 28 de Noviembre de 2011 la oficina de personal realiza la respectiva socialización con el personal que ingresa nuevo a la entidad con respecto al manual de funciones y competencias laborales de la institución, constatándose en la revisión aleatoria que dichos soportes reposan en las diferentes hojas de vida del personal que ingresa nuevo a la institución.

No se tiene el proceso de reinducción documentado y su adherencia en la institución, sin embargo se estableció una hoja de ruta de reinducción para los empleados de la institución la cual no se esta aplicando, es decir, no se estableció un cronograma de actividades para el 2011 que diera cumplimiento a un programa de reinducción de personal dentro de la entidad.

1.2.1.2 Programa Salud Ocupacional

Se encuentra conformado el Comité Paritario de la institución el cual esta estableciendo por un periodo de 2 años, pudiéndose verificar que el comité se reúne periódicamente y cumple con sus funciones según actas que reposan en su secretaria, realizando sus programas y actividades dentro de la institución. Es de aclarar que este término venció el 29 de mayo de 2011, y a la fecha 28 de Noviembre de 2011 no se realizando la respectiva convocatoria a la elección de los representantes de los empleados en el comité paritario de salud ocupacional de la entidad y posteriormente solicitar al Ministerio de Protección Social Dirección Territorial Norte de Santander la aprobación del Comité.

1.2.1.3 Aplicación de la encuesta de clima laboral

Se realizo por parte de la oficina de Recursos Humanos de la ESE la aplicación de las encuestas de clima organizacional y su tabulación concernientes a la vigencia 2010 más no se realizo y presento el informe consolidado de Clima Organizacional de la vigencia 2010, según lineamientos y directrices dados por la contraloría General del Departamento.

Por lo anteriormente expuesto la entidad no tiene elaborado un plan de mejoramiento institucional de los resultados obtenidos con respecto al informe consolidado de clima organizacional de la vigencia 2010.



Así mismo a 28 de Noviembre de 2011 no se aplicó la encuesta de clima organizacional en la entidad para el año 2011, su tabulación y respectivo informe consolidado según lineamientos y directrices dados por la contraloría General del Departamento.

1.2.1.4 Manual de funciones, requisitos y competencias laborales

La entidad actualmente cuenta con el Manual de Funciones y Competencias Laborales, el cual se socializó y entregó sus funciones a cada funcionario de la ESE, durante el 2010 dentro del proceso de inducción se entregó las funciones al personal nuevo y igualmente al personal antiguo en el proceso de re inducción.

A 28 de Noviembre de 2011 se evidencia que se socializa las funciones y competencias laborales al personal que ingresa nuevo a la institución.

1.2.1.5 Aplicación de la evaluación del desempeño

Se concertaron objetivos de la evaluación del desempeño de los empleados de carrera administrativa de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona acorde con la normatividad que rige para la entidad.

Se realizó la documentación del proceso de evaluación de desempeño aplicable a los funcionarios inscritos en carrera administrativa y periodo de prueba el cual se empezó a operativizar a partir del mes de febrero del 2011.

Se está realizando seguimiento por parte de Talento Humano al proceso de concurso de mérito 001 de la Comisión Nacional del Servicio Civil CNSC el cual está realizando nombramientos en carrera administrativa en la entidad, en la actualidad se han nombrado cuatro funcionarios en periodo de prueba que han pasado el proceso de selección de la CNSC.

A 28 de Noviembre de 2011 se pudo evidenciar que se está cumpliendo con la evaluación de desempeño del personal, aplicándosele esta a los 11 funcionarios que se encuentran en carrera administrativa y a los 10 funcionarios que están en periodo de prueba que entraron nuevos a través del concurso # 001 de 2005 de la Comisión Nacional del Servicio Civil.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes y programas



1.2.1.1 Plan de Gestión y Plan de Desarrollo 2008-2011

La entidad cuenta con un Plan de desarrollo que incluye diagnóstico estratégico, misión, visión, objetivos institucionales e iniciativas estratégicas, del cual para el 2010 se desarrollaron los POAS con acciones, cronograma, responsables y metas.

Igualmente están identificados en el plan de desarrollo de la entidad la definición de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permiten evaluar y medir el alcance de los planes y programas, la entidad actualizó el manual de indicadores en el 2010 y para el 2011 se realizaron nuevos ajustes y actualizaciones del manual tomando como base los indicadores de la resolución 1446 del 2002 y los indicadores establecidos como mecanismo de seguimiento para los procesos, aclarando que la entidad informa los indicadores de la resolución 146 sobre calidad y los financieros tomados de los estados financieros.

A 28 de Noviembre de 2011 se han realizado dos evaluaciones del plan de gestión de la entidad correspondientes a los trimestres enero – marzo y abril – junio dando así cumplimiento a la normatividad existente.

1.2.1.2 Planes de acción

Los Planes Operativos Anuales de los diferentes procesos reposan en el archivo de gestión de la oficina de Control Interno de esta entidad, se elaboraron manteniendo un formato único con el fin de tener una estructura común para todos los procesos. Es de recalcar que los planes operativos anuales de la subdirección administrativa y financiera y la subdirección científica correspondientes a la vigencia 2011 ya se encuentran realizados y fueron entregados a la oficina de Control Interno de Gestión el 04 de mayo del presente.

1.2.2 Modelo de operación por procesos

La ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona tiene identificado los procesos misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación con sus respectivas caracterizaciones dando aplicabilidad al ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, así mismo el Mapa de Procesos, Política de Calidad, formatos, guías, instructivos y anexos.

Durante la vigencia 2011 y 28 de Noviembre de 2011 se realizó la documentación, socialización y puesta en marcha de los procesos y procedimientos del área de subdirección administrativa y financiera de la entidad.



1.3. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Dentro del proceso de mejoramiento continuo del Sistema de Administración del Riesgo, adelantado por la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, en 2010 se revisaron y ajustaron las políticas, procedimientos y metodologías de cada uno de los riesgos, generándose como resultado la elaboración de nuevos procedimientos ajustados a la metodología dada por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.

En lo que va corrido del 2011 la oficina de Control Interno de Gestión dio aplicabilidad a los procedimientos elaborados en el 2010 según metodología del DAFP, donde se trabajo con cada una de las diferentes áreas que conforman la subdirección administrativa Contabilidad, presupuesto y tesorería dando como resultado el Mapa de Riesgos de la Subdirección administrativa y Financiera. Así mismo se elaboro el mapa de riesgos de la oficina de Control Interno de Gestión.

1.3.1 Contexto estratégico

En lo corrido del 2011 se definieron y socializaron los lineamientos estratégicos que orientan las decisiones de la entidad frente a los riesgos a través de la identificación de los factores de riesgo internos y factores de riesgo externos que pueden ocasionar que en la entidad se materialicen los riesgos de las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión.

1.3.2 Identificación de los riesgos

Se realizo en lo que va del 2011 para las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión la identificación de riesgos de la entidad y su respectiva socialización del personal a través de la identificación de los factores de riesgo internos y externos, donde se identifico cuales eran las amenazas que ocasionan los factores externos y las debilidades que ocasionan los factores internos al cumplimiento de los objetivos de la entidad.

Una vez se realizo la identificación del riesgo se procedió a determinar sus causas, sus consecuencias y se procedió a ser la descripción del riesgo como tal, para cada una de las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión quedando plasmado en los formatos F-GC02-02 V.01.

1.3.3 Análisis de riesgos

Se determino la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias para las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión a septiembre 02 de 2011, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad para su aceptación o



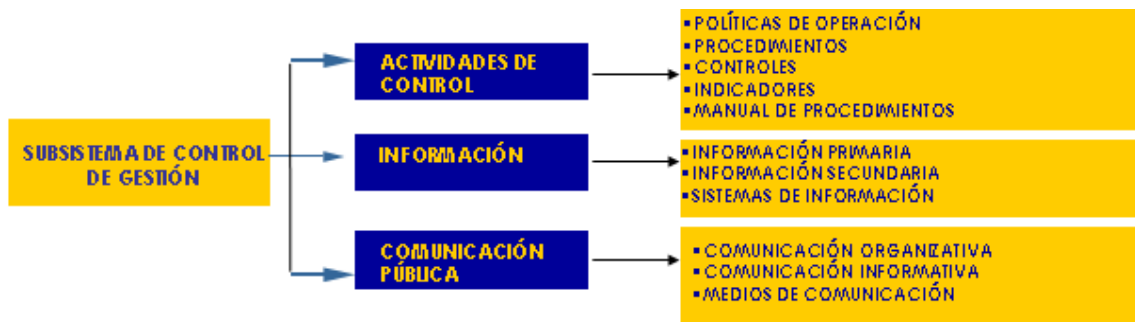
manejo quedando esto plasmado en el formato de análisis de riesgo de la entidad F-GC02-03 V.00.

1.3.4 Valoración del riesgo

Se realizó hasta la fecha del 2011 la valoración del riesgo para las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión definiendo los controles óptimos de la entidad en el Formato controles óptimos para administrar el riesgo F-GC02-04 V.01 y se realizó el análisis de controles existentes frente a los controles óptimos según formato aplicado para la entidad Formato análisis de controles existentes F-GC02-05 V.00.

Una vez consolidada toda la información relacionada anteriormente se procedió a realizar el Mapa de Riesgos aplicando el Formato mapa de riesgo F-GC02-06 V.01 creado para tal fin por la entidad.

2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN



2.1 COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

2.1.1 Procedimientos

La oficina de Control Interno de Gestión lideró durante el 2011 la elaboración y socialización de los procedimientos del área de contabilidad, presupuesto y tesorería los cuales quedaron de la siguiente manera:

Procedimientos y formatos de Contabilidad elaborados en el 2011:



CODIGO	NOMBRE
P - GF03 - 01	PROCEDIMIENTO CONSOLIDACION DE CONTABILIDAD
P - GF03 - 02	PROCEDIMIENTO DE CONCILIACION
P - GF03 - 03	PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN BANCARIA
P - GF03 - 04	PROCEDIMIENTO CIERRE MENSUAL
P - GF03 - 05	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS
P - GF03 - 06	PROCEDIMIENTO DECLARACIÓN MENSUAL DE RETENCIONES
P - GF02 - 01	PROCEDIMIENTO ELABORACION DEL PAC
I - GF03 - 01	INSTRUCTIVO PARA ENTREGA DE INFORMES A ENTES DE CONTROL
F - GF03 - 01	FORMATO DE CONCILIACIÓN BANCARIA
F - GF03 - 02	FORMATO DE RELACION DE CONSIGNACIONES SIN IDENTIFICAR PARA BANCOS

Procedimientos y formatos de Presupuesto elaborados en el 2011:

CODIGO	NOMBRE
P - GF01 - 01	PROCEDIMIENTO PARA PLANEACIÓN PRESUPUESTAL
P - GF01 - 02	PROCEDIMIENTO PROGRAMACION Y PRESENTACION DEL PRESUPUESTO
P - GF01 - 03	PROCEDIMIENTO RECONOCIMIENTO DE LOS INGRESOS
P - GF01 - 04	PROCEDIMIENTO PARA TRAMITE DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Y REGISTRO PRESUPUESTAL
P - GF01 - 05	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DEFINITIVAS DE PAGO
P - GF01 - 06	PROCEDIMIENTO LIBERACIÓN DEL PRESUPUESTO
P - GF01 - 07	PROCEDIMIENTO TRASLADO PRESUPUESTAL
P - GF01 - 08	PROCEDIMIENTO ADICIÓN PRESUPUESTAL
P - GF01 - 09	PROCEDIMIENTO ELABORACION PAC (PLAN ANUAL MENSUALIZADO CAJA)
F - GF01 - 01	FORMATO DE SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL
F - GF01 - 02	FORMATO DE SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL
F - GF01 - 03	FORMATO DE ENTREGA DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD



CODIGO	NOMBRE
	PRESUPUESTAL
F - GF01 - 04	FORMATO DE ENTREGA DE REGISTRO PRESUPUESTAL
F - GF01 - 05	FORMATO DE ENTREGA DE DEFINITIVAS DE PAGO
F - GF01 - 06	FORMATO DE TRASLADO PRESUPUESTAL
F - GF02 - 01	FORMATO LISTADO DE CHEQUEO PARA CUENTAS POR PAGAR

Procedimientos y formatos de Tesorería elaborados en el 2011:

CODIGO	NOMBRE
P - GF02 - 01	PROCEDIMIENTO DEPURACIÓN DE CARTERA
P - GF02 - 02	PROCEDIMIENTO RECAUDO DE CARTERA
P - GF02 - 03	PROCEDIMIENTO RECEPCION DE DINERO POR VENTA DE SERVICIOS A PARTICULARES
P - GF02 - 04	PROCEDIMIENTO RECEPCION Y TRAMITES DE CUENTAS POR PAGAR
P - GF02 - 05	PROCEDIMIENTO ELABORACION Y AUTORIZACION DE PAGOS
P - GF02 - 06	PROCEDIMIENTO COBRO PERSUASIVO
F - GF02 - 01	FORMATO DE RELACION DE ENTREGA DE EFECTIVO
F - GF02 - 02	FORMATO DE CHEQUEO PARA CUENTAS POR PAGAR

2.1.2 Controles

Se definieron controles con el fin de reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos, requeridos para el logro de los objetivos de la entidad según metodología de administración de riesgos y formatos aplicados en la entidad Formato controles óptimos para administrar el riesgo F-GC02-04 V.01y Formato análisis de controles existentes F-GC02-05 V.00.

Así mismo se realizó y documentó en el 2011 para las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y Control Interno de Gestión el Procedimiento para determinación y análisis de controles el cual determina los controles óptimos analizándolos frente a los existentes en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios Pamplona, según código de procedimiento P - GC02 - 05 v.00.

2.1.3 Indicadores



Existen indicadores con sus fichas técnicas definidos en la entidad, en el 2011 se actualizaron los indicadores a los cuales se les aplicó su correspondiente ficha técnica; igualmente fueron socializados a los funcionarios de la entidad. Se cuenta con un tablero de mando de indicadores a través del cual se realiza seguimiento a los mismos permitiendo observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

2.2 COMPONENTE INFORMACIÓN

2.2.1 Información primaria

La información que llega a la entidad es canalizada y clasificada por la oficina de atención al ciudadano (SIAU) donde posteriormente es entregada a los diferentes procesos de la entidad.

Se realizaron en lo que va del 2011 entre la oficina de Control Interno de Gestión y la oficina de Talento Humano de la entidad reuniones con los representantes de los diferentes asociaciones de usuarios, veedores y representantes de las EPS en los distintos municipios que tienen centros de salud adscritos a la entidad, de lo cual se dejaron actas de registro.

Se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2010 a la ciudadanía cumpliendo así con el deber de la Administración de responder públicamente, ante las exigencias que realice la ciudadanía, por los recursos, las decisiones y la gestión realizada en ejercicio del poder que les ha sido delegado.

2.2.2 Información secundaria

Las información relacionada con las historias laborales de los empleados reposan en el archivo central o histórico donde se encuentran organizadas, igualmente lo concerniente a la información de los ex empleados de ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona reposan en el archivo central o histórico de la entidad, dando así cumplimiento a la Ley 594 de 2000.

Durante el 2011 la oficina de control interno de gestión en el 2011 ha realizado seguimiento y acompañamiento a la entidad en la aplicabilidad de la Ley 594 del 14 de Julio de 2000, resultado de este acompañamiento es la adopción en la ESE del Comité de Archivo mediante Resolución No 015 de 14 de enero de 2011. Así mismo se pudo realizar y socializar a través de la Resolución No 027 del 25 de enero de 2011 el producto de Tablas de Retención documental de acuerdo a lo previsto en la Ley 594 de 2000, a la fecha 28 de Noviembre de 2011 se han generado dos versiones de Tablas de Retención Documental gracias al trabajo y



esfuerzo de las diferentes áreas, igualmente se esta trabajando en la actualización y generación de la tercera (3) versión de las tablas de retención documental, esto con el fin de que cada vez sean mas completas y acordes con las actividades que realiza cada funcionario en su unidad funcional o sitio de trabajo.

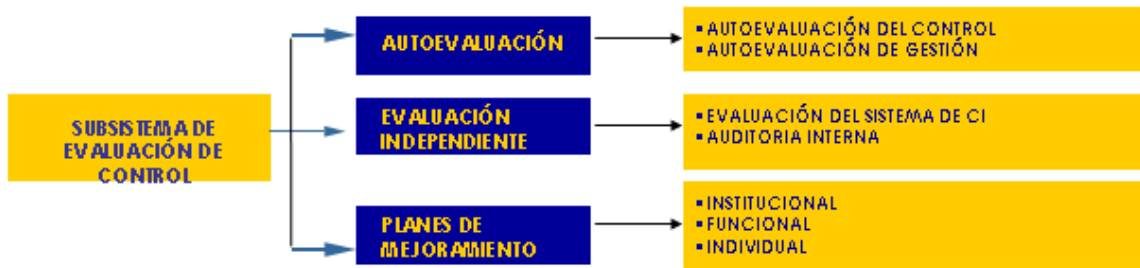
Para el 2011 se creo un archivo central o histórico, donde como medida de conservación y re almacenamiento a utilizar en la entidad son cajas y carpetas, las cuales tienen las siguientes especificaciones: Cajas: Materiales. Elaboradas en cartón corrugado, recubierto en su cara interna por una película a base de parafina y ceras vegetales. Adicionalmente, cada caja tendrá dos fuelles elaborados en el mismo cartón. Tamaño. Las dimensiones son: alto 27 cms., ancho 40 cms. y profundidad 12.5 cms. Carpetas: Material. Cartulina bond (blanca). Identificación: Se realizará sobre la solapa, en la esquina superior derecha, con los siguientes datos: serie, subserie, n° de folios, n° de carpeta, n° de caja.

Así mismo la oficina de control interno de gestión a realizado y generado seis (6) informes de gestión o auditorias de concurrencia sobre la implementación de la ley de archivo en la entidad, así mismo a realizado acompañamiento y asesoría a las diferentes áreas de la entidad en lo referente a la Ley de Archivo, informes que se han entregado a la gerencia para la toma de decisiones.

En el segundo y tercer trimestre del 2011 se empezó a realizar nuevas capacitaciones a todo el personal de la entidad y se empezara a realizar en los centros de salud de los diferentes municipios adscritos a la entidad según cronograma propuesto por la empresa contratista QSI, así mismo se empezó a realizar la digitalización de la documentación desde el año 2007, 2008, 2009 Y 2010 y se realizaran las respectivas capacitaciones del manejo de software de archivo por parte del contratista.

Igualmente se realizo la primera reunión del Comité de Ley de Archivo de la entidad en día 17 de agosto del 2011 donde se dio a conocer cuales eran sus integrantes, las funciones del comité y se estableció quien iba a quedar como secretario y cuales eran sus funciones, igualmente se presento la versión 00 y la versión 01 de tablas de retención documental de la entidad y se dio un informe por parte del contratista QSI de las actividades realizadas a la fecha.

3. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN



3.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN

3.1.1 Autoevaluación del control

Se realizó para el primer trimestre del 2011 el folleto MECI – SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO por parte de la oficina de Control Interno y se realizó la respectiva sensibilización a los servidores de la entidad, esto con el fin de dar sostenibilidad al Modelo MECI dentro de la ESE.

Se viene realizando en lo transcurrido del 2011 en la inducción de personal de la entidad la cultura de autocontrol, MECI y el sistema de control interno.

Se realizó capacitación del Modelo Estándar de Control Interno MECI a todos los funcionarios de la entidad reforzando así los conocimientos del modelo y de la cultura de autocontrol.

3.1.2 Autoevaluación de la gestión

Se realizó para el segundo trimestre del 2011 el folleto MECI – SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN parte de la oficina de Control Interno.

Se realizó en la inducción de personal socialización de la cultura de autocontrol, MECI y el sistema de control interno de la entidad.

3.2 COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

3.2.1 Evaluación Del Sistema De Control Interno

3.2.1.1 Informe ejecutivo anual de control interno

Vigencia 2009: El informe ejecutivo anual sobre el avance del Modelo Estándar de Control Interno para esta vigencia fue presentado a través de forma interactiva



a través del Departamento Administrativo de la Función Pública y en febrero 2010 fue presentado a la Gerencia para su aprobación.

Vigencia 2010: El informe ejecutivo anual sobre el avance del Modelo Estándar de Control Interno para esta vigencia fue presentado a través de forma interactiva según directrices dadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el mes de enero 2011 y a su vez fue presentado a la Gerencia para su aprobación.

Informe de Control Interno Contable

Vigencia 2009: Se realizó el informe de control interno contable según directrices de la Contaduría General de la Nación a través de su Resolución 357, siendo enviado por intermedio del CHIP Contable asignado a la entidad. Los soportes de envío se encuentran en el oficina de control interno de la entidad.

Vigencia 2010: Se realizó el informe de control interno contable según directrices de la Contaduría General de la Nación a través de su Resolución 357, siendo enviado el 18 de enero del 2011 por intermedio del CHIP Contable asignado a la entidad. Los soportes de envío se encuentran en el oficina de control interno de la entidad.

Auditoría Interna

Vigencia 2009: La oficina de control interno durante la vigencia 2009 realizó auditorías internas de gestión (de control interno) a los siguientes procesos:

- ✓ Auditoría al proceso de almacén.
- ✓ Auditoría al proceso de farmacia.
- ✓ Auditoría al Plan de mejoramiento del IDS.
- ✓ Auditoría al Plan de mejoramiento de la Contraloría General del Departamento.
- ✓ Auditoría al Informe del Decreto 2193.

VIGENCIA 2010: La oficina de control interno durante la vigencia 2009 realizó auditorías internas de gestión (de control interno) a los siguientes procesos:

- ✓ Auditoría al Modelo Estándar de Control Interno MECI.
- ✓ Auditoría a centros de salud adscritos a la ESE:
 - Centro de salud Cacota.
 - Centro de salud Chitagá
 - Centro de salud Pamplonita
 - Centro de salud Silos



- Centro de salud Mutiscua
- ✓ Auditoria a Recursos Humanos
- ✓ Auditoria de seguimiento Dictamen Revisoría Fiscal 2009
- ✓ Auditoria Laboratorio Clínico

VIGENCIA 2011: La oficina de control interno en lo que va corrido de la vigencia 2011 a realizo auditorias internas de gestión (de control interno) a los siguientes procesos:

- ✓ Auditoria a centros de salud Cacota.
- ✓ Auditoria a Centro de salud Chitagá
- ✓ Auditoria a Centro de salud Pamplonita
- ✓ Auditoria a Centro de salud Silos
- ✓ Auditoria a Centro de salud Mutiscua
- ✓ Auditoria a Recursos Humanos
- ✓ Auditoria a la implementación de la Ley 574 del 2000.

3.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

3.3.1 Plan de mejoramiento institucional

En el mes de marzo de 2011 se realizo seguimiento de ejecución al plan de mejoramiento institucional de la Contraloría General del Departamento al informe final de análisis de la cuenta anualizada vigencia 2009.

Se realizo el 01 septiembre del 2011 seguimiento de ejecución al plan de mejoramiento institucional de la Contraloría General del Departamento al informe final de análisis de la cuenta anualizada vigencia 2009.

Se realizo el 12 de enero del año dos mil once por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento del dictamen de la vigencia 2009 de la revisoría fiscal.

Se realizo el 19 de Mayo del año dos mil once (2011), por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento del dictamen de la vigencia 2010 de la revisoría fiscal.

Se realizo el 18 de Agosto del año dos mil once (2011), por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento del dictamen de la vigencia 2010 de la revisoría fiscal.



**Gobernación
de Norte de
Santander**

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Nit. 890.501.019-9

CONTROL INTERNO



Se realizó el 19 de octubre del año dos mil once (2011), por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento del dictamen de la vigencia 2010 de la revisoría fiscal.

Se realizó el 21 noviembre del 2011 seguimiento de ejecución al plan de mejoramiento institucional de la Contraloría General del Departamento al informe de Auditoría Externa Impacto Ambiental al Manejo Integrado de los Residuos Hospitalarios y Similares.

3.3.2 Planes de mejoramiento por procesos

Se realizó el 26 de enero del año dos mil once (2011), por parte de la oficina de control interno de gestión informe de seguimiento al plan de mejoramiento auditoría realizada a los centros de salud adscritos a la ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona.



RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar el diagnóstico de adherencia del código de ética en los funcionarios y su respectivo informe por parte de la oficina de Talento Humano de la ESE, con el fin de que el diagnóstico ético permita identificar el estado actual de las prácticas éticas y de responsabilidad social de la entidad, tanto en su proceso de adopción y vivencia de un conjunto de valores y compromisos éticos que unifiquen y guíen el quehacer de todos los servidores públicos en sus actuaciones cotidianas y en la toma de decisiones en el desempeño de la función pública, así como en el tipo de conductas que efectivamente se siguen por parte de los directivos y demás servidores públicos de la entidad, en las interacciones con los diversos grupos o sistemas con los que se relacionan.
- ❖ Realizar el diagnóstico de necesidades de capacitación de personal en la entidad y por ende el Plan Anual de Capacitación de la vigencia 2011 que permita establecer las necesidades de capacitación de los funcionarios y elaborar con base en ellas las acciones de capacitación para la vigencia.
- ❖ Documentar y socializar el proceso de reinducción en la institución, el cual establezca un cronograma de actividades que de cumplimiento a un programa de reinducción de personal dentro de la entidad.
- ❖ Realizar el procedimiento de desvinculación de personal de la ESE Hospital San Juan de Dios Pamplona ya sea por retiro voluntario (renuncia), destitución por consecuencia de un proceso disciplinario, jubilación y por defunción del servidor público; que permita a la entidad cumplir con la normatividad vigente del Ministerio de Protección Social, de una manera ágil y eficiente y dinámica tanto para el personal en proceso de desvinculación como para la institución.
- ❖ Seguir con el proceso que se viene adelantando de la Ley 594 del 14 de Julio de 2000 con el fin de que la institución tenga un manejo adecuado de la información, facilitando el control y acceso a los documentos a través de los tiempos de retención en ella estipulados y garantizando la selección y conservación de los documentos que tienen carácter permanente.
- ❖ Realizar la respectiva convocatoria a elección de los representantes de los empleados en el comité paritario de salud ocupacional de la entidad y posteriormente solicitar al Ministerio de Protección Social Dirección Territorial Norte de Santander la aprobación de dicho Comité.
- ❖ Dar continuidad a la sostenibilidad del Modelo Estándar de Control Interno MECI en la entidad.



**Gobernación
de Norte de
Santander**

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Nit. 890.501.019-9
CONTROL INTERNO



Pamplona. Noviembre 29 de 2011.

HELBER ALEXANDER ROPERO CONTRERAS
Profesional Especializado Control Interno