

PERIODO	Vigencia 2024
ÁREA O DEPENDENCIA	Oficina De Control Interno
RESPONSABLE	Ruby Esneda Marín López
DIRIGIDO A	JUNTA DIRECTIVA Y LA GERENCIA DEL H.S.J.D. RIONEGRO
REFERENCIA	INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO. Vigencia 2024. (Elaborado en diciembre).
OBJETIVO	Presentar El Informe De Seguimiento Y Reporte De Los Informes, Auditorias Y Otras Actividades Del Área De Control Interno Del Hospital San Juan De Dios.
ALCANCE	Dar a conocer el Seguimiento, los avances y resultados para un análisis al reporte de los informes, auditorias y otras actividades, y proceder al seguimiento de los planes de mejora.
FUNDAMENTO NORMATIVO	Ley 87 DE 1993 (Noviembre 29) Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones". Decreto 648 de 2017, Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública. Decreto 989 del 2020 Por el cual adiciona el capítulo 8 al título 21 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, en lo relacionado con las competencias y requisitos específicos para el empleo de jefe de oficina, asesor, coordinador o auditor de control interno o quien haga sus veces en las entidades de la Rama Ejecutiva del orden nacional y territorial".
A continuación se presenta el informe de gestión de la oficina de control interno correspondiente a la vigencia del 2024. De manera preventiva, la oficina de Control interno contribuye al mejoramiento continuo de los procesos del hospital y de control en la ejecución, a través de la actividad independiente y objetiva de evaluación y asesoría, teniendo en cuenta las funciones inherentes a este cargo de jefe de oficina. Dentro de los cinco roles de la oficina de Control Interno se desarrolló las siguientes actividades durante la vigencia 2024. <u>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL</u>: De acuerdo con este rol la Oficina de Control Interno cumplió con el plan de auditorías para la vigencia 2024 aprobado por el comité de Coordinación de Control Interno (acta N° 1 del 05 de febrero de 2024).	

		PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA FORMATO ACTA DE REUNIÓN VERSIÓN 04		Código FEC0205002 Fecha: Octubre 2019
Reunión:	Comité de coordinación de Control Interno	Acta N°	01	
		Fecha:	5 de febrero de 2024	
Responsable:	Gerente	Hora inicio:	8:00 am	
Lugar	Sala de juntas del JSJD	Hora fin:	10:00 am	
ORDEN DEL DÍA				
1	Verificación del cuórum			
2	Revisión de tareas y/del acta anterior			
3	Presentación y aprobación y plan de auditorías internas 2024			
4	Informes varios			
5	Proposiciones y tareas			
DESARROLLO DE LA REUNIÓN				

Las auditorias y los informes de legalidad se desarrollaron a excepción de dos auditorías área de (cirugía y equipos físicos y biomédicos) para las cuales hubo inconveniente en la recepción de la información).

INFORMES AUDITORIAS INTERNAS 2024

AUDITORIA	OBSERVACIONES
Servicio Farmacéutico y de Esterilización (MAYO)	Se debe revisar las <u>funciones específicas</u> dentro del manual de funciones de la entidad. Quien lidera este proceso. La auditoría observa que la recepción de las fórmulas de control especial, se asientan oportunamente en el libro llamado, de control especial se realiza de forma manual soportado en dichos <u>talonarios</u> y luego se asienta en el libro físico, <u>lo cual podría generar mayores costos, demanda de tiempo y reprocesos.</u> Revisar la posibilidad de implementar un módulo que, de trazabilidad a los medicamentos. Es importante <u>actualizar el protocolo de riesgos</u> propios en la prestación del servicio farmacéutico se encuentra con fecha de Julio de 2012, <u>realizar el seguimiento periódico, a los controles</u> tanto del mapa de procesos, los riesgos del procedimiento del servicio, y del protocolo de riesgos, revisar la <u>posibilidad de unificar estos riesgos en un solo documento.</u> No se evidencia el <u>rol del presidente o su delegado en el comité</u> farmacéutico según actas no se evidencia la firma, en la Resolución Gerencial 066 de 2007, es claro este Rol. Participar de este comité o delegar formalmente en otro funcionario. Hallazgo 1. Compartido: <u>No existe un autocontrol y seguimiento en el tema de inventarios de los cuatro puntos,</u> no es claro <u>quién es el líder</u> o area responsable de consolidar esta información, tomar acciones según los

	resultados de estos inventarios, y realizar los planes de mejora los cuales no se evidenciaron durante la auditoria. Se hace necesario mayor seguimiento y autocontrol al personal del servicio que tiene a cargo, realizar los <u>conteos mensualmente</u>, brindar capacitación o reinducción sobre el tema. Es necesario utilizar un documento o formato en el cual se lleve la información de los residuos (<u>medicamentos de consumo parcial</u>) y se deje soporte en la entrega al area ambiental. No se evidencia dentro del <u>organigrama</u> de la entidad, el área del servicio farmacéutico, el cual podría tenerse en cuenta en la modificación del manual de funciones. En la política del servicio farmacéutico, en el ítem, destrucción o desnaturalización de medicamentos, son entregados a la empresa ECOLOGISTICA encargada de realizar la gestión externa de los Residuos Fitosanitarios aparentemente se evidencia un sesgo en el documento en el cual define el nombre propio de una empresa, con la cual se va a contratar. No se evidenció un seguimiento a los indicadores del proceso.	
Administración/Gestión Ambiental (Mayo)	<u>Hallazgo compartido.</u> No se evidencio contrato formalizado alguno con la empresa dueña de los <u>equipos</u> (laboratorio), documento borrador elaborado con fecha del año 2022, desde esta fecha se viene trabajando sin documento legal, <u>lo que genera un riesgo a la hora de un suceso con estos aparatos o quipos, que al igual no se evidencio póliza o seguro alguno de estos</u>. • En la medición de los indicadores del Programa de ahorro y uso eficiente de agua y energía, es importante que este resultado y análisis se realice y envíe trimestralmente al área financiera y de control interno con el fin de hacer el seguimiento a la austeridad en el gasto. • Darle una mejor disposición final a los materiales y residuos especiales y de construcción, depurar. (rebujos) no se evidencio procedimiento de los bienes dados de baja, <u>como destino final</u>.	
Cirugía (junio)	No se logró dar por terminar la auditoria, no se recibió la información solicitada, como Lista de chequeo con 16 puntos de la información y documentos necesarios para la revisión, verbalmente se informa (tener una falencia ya que, no conto con jornadas o turnos administrativos para poder realizar la recolección de la documentación). Falta de personal en el servicio.	
Contratación (julio)	Debilidad en el cumplimiento con la <u>norma archivística</u> (ley 594 del 2000), con los expedientes contractuales, (orden cronológico, foliación originales, firmas, etc. no es claro en qué lugar debe reposar estos expediente (jurídica, supervisor, CAD. Tener claridad de los archivos si seguirán siendo solo digitales o físicos o ambos (ya que hay documentos en el secop II, que no están en el expediente físico y viceversa). (Manual de contratación). En los contratos que fueron firmados en diciembre 2023 y la CDP y el RP firmados en enero 2024.	

	Se evidencia que la verificación de las listas de chequeo no se diligencia completamente. En la mayoría de los expedientes contractuales no reposa los informes de los contratistas, ni los pagos a los contratistas. No se evidencio en los expediente contractuales la certificación de conflicto de intereses Ley 2013 de 2019. Dentro de los expedientes de contratos de arrendamiento no se evidencio documento o soporte alguno de la aprobación de junta directiva.
Servicio de alimentación (abril).	Identificación insegura de la alimentación de los pacientes (nombres incompletos) Uso de vajilla y Utensilios de cocina en mal estado en mal estado y sin buen aspecto (manchados). Falta de Controles de plagas es ineficientes en las diferentes áreas del servicio. No se garantiza la cadena de frio, en los Alimentos descongelados Transporte de los alimentos a la sede Gilberto mejía son inadecuados (Alimentos que llegan revueltos y regados) Empaques de alimentos abiertos y expuestos al ambiente sin rotulación. Inadecuada disposición de los vertimientos Infraestructura locativa con difícil en la limpieza y desinfección y falta de mantenimientos. precarias condiciones de limpieza y desinfección, evaluación del 46% (límite de cumplimiento insuficiente)
Informe de seguimiento al procedimiento del trámite de los pagarés en el hospital (mayo)	Realizar un mayor <u>seguimiento</u> y que haya un control o filtro a través de los supervisores, hacia los facturadores para dar cumplimiento al proceso o trámites de los pagarés, con el fin de evitar que la documentación en relación se siga extraviando en especial los anexos (formato FPA0305005). <u>Documentar</u> el procedimiento de la elaboración y cobros de los pagarés y socializarlo al personal de facturación. Actualizar las <u>funciones de la auxiliar de cartera</u> y el área a la cual pertenece, Manual Especifico de Funciones y Competencias laborales para personal no vinculado (MPA0101002). Implementar una <u>estrategia de la custodia</u> y entrega de los pagarés por parte de los facturadores, garantizando que los documentos no queden tan expuestos y no se extravíen. Gestionar para que a través de un servicio social o alfabetizadores el apoyo a la auxiliar de cartera, para llevar a cabo la actividad de cobros de los pagarés que se encuentran archivados con mayor antigüedad.
Informe De Seguimiento En Relación Al Procedimiento De Inventarios. (Junio)	No se cuenta con un cronograma de <u>inventario permanente y actualizado de los bienes</u>, presentar informes y/o actas de esta labor. <u>Capacitar</u> al personal de la entidad, sobre el cuidado de los bienes y el procedimiento de inventarios, entregas formales por escrito de

	estos bienes a los jefes de los servicios, y dar a conocer el manual de políticas contables. Designar por escrito las <u>funciones específicas</u> a quien realiza o custodia los inventarios (auxiliar de activos, líder administrativo) y hacer mayor seguimiento y control. Definir o <u>actualizar el procedimiento</u> sobre los faltantes y/o sobrantes de los bienes, Definir el destino final de los bienes dados de baja. Revisar la necesidad de <u>crear el comité de bajas o agregar</u> estas funciones a otro comité ya existente, podría ser el comité de sostenibilidad contable y financiera. Gestionar un apoyo para el auxiliar de “activos fijos”, para llevar a cabo las actividades en relación al seguimiento de los bienes y/o activos fijos, podría ser a través de un servicio social.
Financiera (agosto)	No se le ha dado cumplimiento (no se ha tenido el recurso, profesional financiero-auditor)
Recursos físicos y biomédicos (Septiembre)	No se ha dado cumplimiento, no se contó con la información (lista de chequeo de 22 preguntas.)
Se dio cumplieron en un 75%, a estas auditorías de gestión, de acuerdo al programa o plan presentado y aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno en el mes de febrero. OTROS INFORMES DE SEGUIMIENTO POR NORMATIVA	
Semestral del sistema de control interno I (pormenorizado)	(seguimiento a los 5 componentes) Ambiente de control 94 Evaluación de riesgos 74 Actividades de control 92 Información y comunicación 96 Monitoreo 84 Para un puntaje de 88.
Seguimiento a los planes de mejora de las auditorías externas	hallazgos iniciales: 28 hallazgos con avances: 6 hallazgos cerrados: 10 hallazgos sin avance: 12 9 hallazgos a los cuales se vencieron las fechas de cumplimiento. Se requiere más oportunidad en el desarrollo de las actividades para darle cumplimiento a este plan a 31 de diciembre.
Evaluación de la gestión por dependencias (evaluación A la gestión)	De los 22 componentes con las 179 actividades programadas dentro del plan operativo anual POA, se ha logrado una ejecución del 95%.

Seguimiento al Control Interno Contable	Se realiza en línea en plataforma CHIP, del cual se obtuvo un puntaje de 4.62, con el apoyo de la contadora.																
SEGUIMIENTO I a las PQRS y atención al ciudadano	De las <u>716 PQRS</u> recibidas en el primer semestre del 2024, el 53.49 % pertenecen a quejas el de menor proporción del 10.61% a reclamos. La manifestación que más se presento fue, <u>Por derechos del paciente</u> con un 45.94%. El canal más utilizado para la recepción de pqr's fue los <u>buzones</u> que se encuentran en ambas sedes de la institución. Del total de PQRS para este semestre tuvo un incremento de 214 con al segundo semestre del 2023, equivaliendo aun <u>66.4 %</u> . Importante instruir y capacitar a los diferentes líderes y/o jefes de área y directivos en el tema de la calidad de respuestas que se esté dando a esta PQRS, plasmar y hacer seguimiento a los planes o acciones de mejora.																
Evaluación al sistema de gestión (MIPG)	A través del formato FURAG (2 componentes de planeación y el de control interno. Para un Puntaje de <u>68.5</u> , igualmente se realiza <u>seguimiento anual de las acciones</u> realizadas en cada política a este modelo a través del comité que se reúne cada quince días.																
Seguimiento al mapa de RIESGOS DE CORRUPCIÓN y política de riesgos.	(3 seguimientos) Riesgos fiscales (plasmarlos participativamente con los líderes de los procesos.																
INFORMES DE SEGUIMIENTO al PLAN ANTICORRUPCIÓN II y atención al ciudadano. (3 seguimientos)	N°	COMPONENTE	SUB COMPONENTE	ACTIVIDADES	% DE CUMPLIMIENTO												
	1	Gestión del riesgo de corrupción	5	7	81												
	2	Racionamiento de tramites	1	8	75												
	3	Rendición de cuentas	4	15	64.2												
	4	Atención al ciudadano	4	7	75.7												
	5	Transparencia y acceso a la información.	2	5	80.0												
		Total	16	42	75.2												
Seguimiento a la estrategia de racionalización de trámites a través del Sistema Único de Información de TRÁMITES – SUIT.																	
Seguimiento al MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.	De los controles implementados para valorar el riesgo inherente, se obtuvo: <table><tr><td>N°</td><td>ZONA DE RIESGO</td><td>% DE CUMPLIMIENTO</td></tr><tr><td>3</td><td>Baja</td><td>38</td></tr><tr><td>2</td><td>Moderada</td><td>25</td></tr><tr><td>3</td><td>Alta</td><td>37</td></tr></table> Se requiere fortalecer más la construcción de los controles a estos riesgos.					N°	ZONA DE RIESGO	% DE CUMPLIMIENTO	3	Baja	38	2	Moderada	25	3	Alta	37
N°	ZONA DE RIESGO	% DE CUMPLIMIENTO															
3	Baja	38															
2	Moderada	25															
3	Alta	37															

	Asi como se tiene los riesgos de los procesos y de corrupcion se debe tener los RIESGOS FISCALES.																																																				
Informe seguimiento al a AUSTERIDAD Del GASTO. Y al PLAN DE AUSTERIDAD	<table><tr><th colspan="4">GASTOS DE FUNCIONAMIENTO TERCER TRIMESTRE 2024/2023</th></tr><tr><th>NOMBRE</th><th>AÑO 2023</th><th>AÑO 2024</th><th>%</th></tr><tr><td>PAPELERIA Y UTILES DE ESCRITORIO</td><td>87,504,711</td><td>47,724,295</td><td>-45%</td></tr><tr><td>MANTENIMIENTO EDIFICIO</td><td>71,184,917</td><td>17,640,633</td><td>-75%</td></tr><tr><td>MANTENIMIENTO EQUIPOS DE OFICINA</td><td>5,453,176</td><td>0</td><td>-100%</td></tr><tr><td>MANTENIMIENTO DE VEHICULOS</td><td>524,020</td><td>2,635,510</td><td>403%</td></tr><tr><td>SERVICIOS PUBLICOS</td><td>136,547,914</td><td>172,511,849</td><td>26%</td></tr><tr><td>PUBLICIDAD Y PROPAGANDA</td><td>20,381,303</td><td>2,769,422</td><td>-86%</td></tr><tr><td>IMPRESOS PUBLICACIONES SUSCRICRICIONES</td><td>9,583,207</td><td>5,443,056</td><td>-43%</td></tr><tr><td>COMUNICACIONES Y TRANSPORTE</td><td>79,194,536</td><td>59,913,875</td><td>-24%</td></tr><tr><td>ELEMENTOS DE CAFETERIA</td><td>14,756,726</td><td>1,707,339</td><td>-88%</td></tr><tr><td>HONORARIOS Y SERVICIOS</td><td>4,506,653,980</td><td>4,691,624,115</td><td>4%</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>4,931,784,490</td><td>5,001,970,094</td><td>1%</td></tr></table> Acciones para que haya mayor austeridad (PAPEL, SERVICIOS PUBLICOS) entregar los gastados los papeles de resma etc.	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO TERCER TRIMESTRE 2024/2023				NOMBRE	AÑO 2023	AÑO 2024	%	PAPELERIA Y UTILES DE ESCRITORIO	87,504,711	47,724,295	-45%	MANTENIMIENTO EDIFICIO	71,184,917	17,640,633	-75%	MANTENIMIENTO EQUIPOS DE OFICINA	5,453,176	0	-100%	MANTENIMIENTO DE VEHICULOS	524,020	2,635,510	403%	SERVICIOS PUBLICOS	136,547,914	172,511,849	26%	PUBLICIDAD Y PROPAGANDA	20,381,303	2,769,422	-86%	IMPRESOS PUBLICACIONES SUSCRICRICIONES	9,583,207	5,443,056	-43%	COMUNICACIONES Y TRANSPORTE	79,194,536	59,913,875	-24%	ELEMENTOS DE CAFETERIA	14,756,726	1,707,339	-88%	HONORARIOS Y SERVICIOS	4,506,653,980	4,691,624,115	4%	TOTAL	4,931,784,490	5,001,970,094	1%
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO TERCER TRIMESTRE 2024/2023																																																					
NOMBRE	AÑO 2023	AÑO 2024	%																																																		
PAPELERIA Y UTILES DE ESCRITORIO	87,504,711	47,724,295	-45%																																																		
MANTENIMIENTO EDIFICIO	71,184,917	17,640,633	-75%																																																		
MANTENIMIENTO EQUIPOS DE OFICINA	5,453,176	0	-100%																																																		
MANTENIMIENTO DE VEHICULOS	524,020	2,635,510	403%																																																		
SERVICIOS PUBLICOS	136,547,914	172,511,849	26%																																																		
PUBLICIDAD Y PROPAGANDA	20,381,303	2,769,422	-86%																																																		
IMPRESOS PUBLICACIONES SUSCRICRICIONES	9,583,207	5,443,056	-43%																																																		
COMUNICACIONES Y TRANSPORTE	79,194,536	59,913,875	-24%																																																		
ELEMENTOS DE CAFETERIA	14,756,726	1,707,339	-88%																																																		
HONORARIOS Y SERVICIOS	4,506,653,980	4,691,624,115	4%																																																		
TOTAL	4,931,784,490	5,001,970,094	1%																																																		
Seguimiento I al COMITÉ DE CONCILIACIONES Y DEFENSA JURIDICA.	Se tiene 57 procesos en curso en cuanto a su <u>clasificación por tipo de acción judicial</u> y el estado general de los mismos: <table><tr><th>Probabilidad de fallo en contra</th><th>Clasificación por periodo probable de fallo</th><th>Clasificación por tipo de acción</th></tr><tr><td>Alta 6</td><td>Entre 1 y 2 años 1</td><td>Acciones de reparación directa</td></tr><tr><td>Media 24</td><td>Entre 2 y 5 años 18</td><td>Acciones contractuales</td></tr><tr><td>Baja 27</td><td>Superiores a 5 años 38</td><td>Acciones de nulidad restablecimiento del derecho</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Acciones laborales 15</td></tr></table> INDICADORES	Probabilidad de fallo en contra	Clasificación por periodo probable de fallo	Clasificación por tipo de acción	Alta 6	Entre 1 y 2 años 1	Acciones de reparación directa	Media 24	Entre 2 y 5 años 18	Acciones contractuales	Baja 27	Superiores a 5 años 38	Acciones de nulidad restablecimiento del derecho			Acciones laborales 15																																					
Probabilidad de fallo en contra	Clasificación por periodo probable de fallo	Clasificación por tipo de acción																																																			
Alta 6	Entre 1 y 2 años 1	Acciones de reparación directa																																																			
Media 24	Entre 2 y 5 años 18	Acciones contractuales																																																			
Baja 27	Superiores a 5 años 38	Acciones de nulidad restablecimiento del derecho																																																			
		Acciones laborales 15																																																			

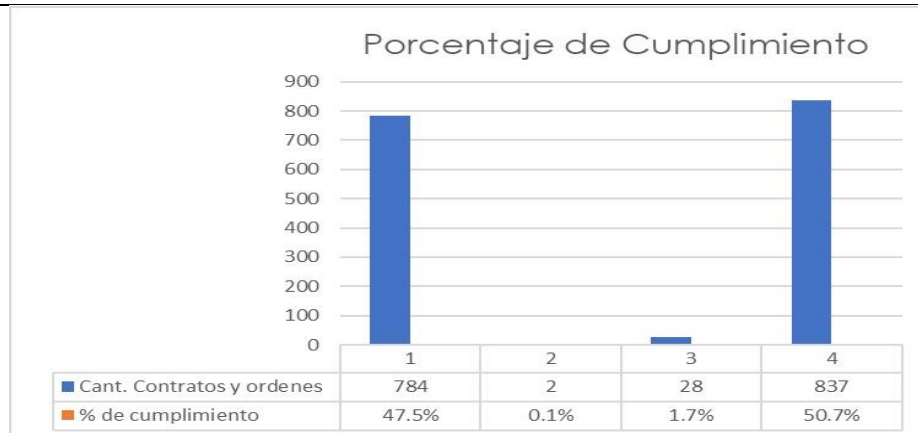
NOMBRE INDICADOR	MEDICIÓN	META
Capacitación a los funcionarios	Capacitaciones realizadas/ Capacitaciones programadas	Mayor al 90%
Realización Comités	Comités de Conciliación realizados/ Comités de Conciliación programados	Mayor al 90%
Realización Comités	Comités de Contratación realizados/ Comités de Contratación programados	Mayor al 90%

No se evidencia seguimiento a los indicadores, se sugiere realizarlos y actualizarlos.

Se debe Actualizar la política de prevención del daño antijurídico acorde a la norma ley 2220 del 2022 se debe actualizar cada año. La actual es de 2018, se debe tener en la web. Igualmente Un informes semestralmente el DE GESTIÓN de este comité.

Los miembros de los comités de conciliación deberán recibir capacitación en conciliación en materia contencioso administrativa, por lo menos una vez cada año por parte del Ministerio Público de conformidad con los lineamientos impartidos por el Ministerio de Justicia y del Derecho y la Procuraduría General de la Nación.

Seguimiento a las plataformas de contratación, SECOP II- SIA OBSERVA de la contraloría.



Se observar que, del total 1.651 contratos suscritos, 837 representan un 50.7% de cumplimiento, mientras que 784 representan un 47.5% de cumplimiento y los otros 30 un 1.8% de cumplimiento. Fortalecer la presentación de Informes de supervisión y del contratista. Se debe revisar la plataforma, ya que existen documentos que aún no han sido entrelazados en SIA observa.

DERECHOS DE AUTOR (dirección Nacional de derechos de autor)

La entidad cuenta con 543 equipos de cómputo, 31 de los equipos son portátiles). Cada uno de los equipo de cómputo cuenta con licencia debidamente instalado, Se tiene políticas administrativas de

	dominio separado por grupos, para uso debidamente de aplicaciones en la institución, lo cual esto impide instalar programas sin el consentimiento del área de sistemas).	
INFORME RENDICION DE CUENTAS, AUDIENCIA pública a la ciudadanía	- Se evidencio compromiso por parte de los funcionarios- líderes de la entidad para la <u>recopilación de la información</u>, como fue la gestión del 2023. - Se notó una planeación efectiva para el desarrollo de esta jornada. - Se <u>cumplió los objetivos propuestos en la Estrategia</u> de Rendición de Cuentas. - Se realizó <u>una buena convocatoria</u>, utilizando los medios existentes para la asistencia al evento. - Se <u>dio a conocer el informe de gestión 2023</u> de una manera muy dinámica y amena. - El <u>tiempo utilizado</u> para el desarrollo de la actividad fue el más apropiado. - Se da cumplimiento con el desarrollo de los <u>principios constitucionales de transparencia, responsabilidad, eficiencia, imparcialidad y participación ciudadana en el manejo de los recursos públicos.</u> - Se dio un espacio de <u>interlocución</u> directa entre los funcionarios, servidores públicos y la ciudadanía en general.	
Seguimiento MATRIZ LEY DE TRANSPARENCIA – ITA – (índice de transparencia y acceso a la información). SIA contraloría.	El seguimiento a la implementación y avance de lo establecido en la Resolución 1519 de 2020 anexo 2, se evidencia que las diferentes áreas de la entidad en coordinación con comunicaciones y planeación, han venido trabajando de manera articulada, lo cual se ha logrado avanzar con la información y publicación en el transparencia y acceso a la información de la página web de la entidad, el autodiagnóstico arrojó un 99%.	
Seguimiento al sistema DE GESTIÓN DEL EMPLEO SIGEP procesos vinculación, desvinculación, hojas de vida, , registro de conflictos de interés” hojas de vida, declaración juramentada bienes y rentas	Seguimiento A Las Hojas De Vida (actualización Hojas de Vida”). Se encuentra trabajadores retirados de la entidad y continúan en el sigep, y lo contrario laboran en el hospital y no aparecen en la plataforma. Declaración De Bienes y Rentas (La presentan como otra entidad, realizarla en la plataforma independiente a que la presenten en físico) Declaración De Conflicto De Intereses (nivel directivo). De acuerdo al anterior análisis se encontró inconsistencias en el reporte de ingreso, cambio de novedades y retiro de funcionarios del SIGEP II, así como la revisión permanente de las Hojas de Vida de los servidores de la entidad. <u>Se requiere evaluar los a los acuerdos de gestión (subgerentes)</u>	
INFORME de Seguimiento a los Arqueos de CAJA menor.	Se requiere más constancia en la periodicidad de estos arqueos (Se tiene inconformidades con los recursos que provee la caja menor del área, líder administrativa (CAD envíos y asuntos jurídicos, se requiere para mayor disponibilidad de la necesidad).	
Informe de seguimiento I al Sistema de administración de riesgo de lavado de	Fortalecer el <u>monitoreo al mapa</u> de riesgos de corrupción como mínimo cada 3 meses como primera línea en coordinación con la segunda línea (planeación).	

activos y de la financiación del terrorismo. SARLAFT.	- Realizar seguimiento a los informes periódicos que debe realizar el <u>revisor fiscal</u>. - Acreditar por parte del oficial de cumplimiento los <u>conocimientos</u> en materia de administración del riesgo LA/FT por parte de instituciones autorizadas por el ministerio de Educación Nacional, para el cual el diplomado no debe durar menos de 90 horas o certificar 4 años de experiencia laboral en las áreas de administración y gestión de riesgos. <u>Aprobar por acuerdo</u> de la junta directiva, el manual del SARLAFT de agosto del 2022. - Asignar partida presupuestal en cada vigencia, para este sistema, o certificar de qué manera económicamente se atenderá el desarrollo de las actividades relación al SARLAFT. - Revisar y actualizar la documentación (expedientes) en el CAD, y recopilar toda la en este lugar, asequible para los entes de control y de la Súper Salud.
INFORME DE Seguimiento al Subsistema De Administración Del Riesgo De Corrupción, Opacidad Y Fraude (SICOF) Superintendencia Nacional De Salud.	- No se evidenció la metodología de medición individual y consolidada. - No se encontró los indicadores y controles que evidencien los potenciales riesgos con el respectivo seguimiento en relación al SICOF. - No se evidencio fechas y medios por la cual fue comunicado las políticas y procedimientos del SICOF, al personal del hospital. - No se evidencio los Acuerdos de aprobación por parte de la junta directiva, de los numerales a, b, c. - No se evidencio el plan anual de acción en relación al SICOF 2024. - No se identificó en qué lugar o medios se tiene toda la información documental en relación al desarrollo del SICOF. - No se evidenció el reporte o informe de cierre del revisor fiscal de la anualidad anterior. - No se evidencio los planes de capacitación o programas con los que cuenta la entidad que sobre el SICOF., en esta anualidad. - No se evidencio el plan para realizar los seguimientos a los pagarés. - No se evidencio un Soporte de esta solicitud, ni un avance del procedimiento documentado. - No se evidencio el manual para la anulación de transacciones el cual establece procedimientos. - No se evidencio la socialización o difusión del respectivo manual del SICOF. - No se dio a conocer, cuál es el sistema de monitoreo que se implementó. - No se evidencio el instructivo para la anulación de los recibos. - No se evidencio soportes de las reuniones en la cual establecieron compromisos para la mitigación del riesgo. No se recibe respuesta a esta información solicitada: Se recomendó Realizar plan de mejora.

Se realiza seguimiento al calendario de obligaciones legales administrativas y financieras (COLA): se ha dado cumplimiento en un 100% a los informes, de acuerdo con la norma establecida en especial la resolución N° 10 de 2023 de la contraloría.

NOTA: En la Página web del hospital se logra evidenciar los informes que por normativa se tienen que realizar y subir a este medio o espacio, en el siguiente link

<https://www.eserionegro.gov.co/index.php/component/sppagebuilder/34-reportes-de-control-interno>

VALORACIÓN DE RIESGOS: Mediante la verificación de los controles existentes para minimizar la probabilidad e impacto de la ocurrencia de los riesgos, se realiza seguimiento cada 4 meses al mapa de riesgos de la entidad, además a través de las auditorías a cada proceso se evidencia el seguimiento de los riesgos y sus controles. A los cuales se dejan recomendaciones para que realicen acciones correctivas y de mejora a través de los líderes de las áreas más vulnerables como son facturación y tesorería, cirugía, inventarios, igualmente se notifica al área de calidad-planeación para actualizar y revisar cada 3 meses estos riesgos acorde a los procesos y a la normativa, y construir el mapa de riesgos fiscales acorde a la guía-norma.

ASESORÍA Y ACOMPAÑAMIENTO: Promover el mejoramiento continuo de los procesos de la Entidad asesorando los líderes de los procesos e interlocuta con las áreas y procesos en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos y alcance. Esta actividad se lleva a cabo mediante la asistencia en los diferentes comités (de sostenibilidad, conciliación, contratación, coordinación de control interno, comité de gestión y desempeño, entre otros, en los cuales el funcionario de Control Interno participa con voz, pero sin voto, se realiza acompañamiento y asesoría a las diferentes dependencias cuando lo requieren. Se ha participado de jornadas de capacitación externa con la contraloría y la gobernación en temas: Sistema integrado de Gestión. (Riesgos y controles, resultados del FURAG, Modelo integrado de gestión y planeación, índices de transparencia y acceso a la información, control fiscal, pagina web, pormenorizados, hallazgos de auditorías, planes de mejora, líneas de defensa, rendición de informes en el SIA etc.

FOMENTO DE LA CULTURA DEL CONTROL: Se elabora y aporta herramientas e instrumentos orientados a sensibilizar y dar cumplimiento en el ejercicio de la autogestión, autocontrol y autoevaluación. Se pone en práctica la resolución 107 del 2023 por la cual fortalece el comité de control interno. Igualmente la resolución 106 del 2023 modifica el comité de gestión y desempeño, el cual se hace más efectivo su desarrollo. A Través de los informes de auditoría del sistema de Control Interno, se orienta hacia un autocontrol y autoevaluación por medio de las líneas de defensa, las cuales fueron aprobadas por resolución 191 del 2022. Para este año se logró desarrollar la actividad en coordinación con el comité municipal de control interno.



**Semana de la
Cultura del Control**
Del 9 al 12 de diciembre

Próximamente llegará a la Administración Municipal y a las empresas descentralizadas la **Semana de la Cultura del Control**, organizada por las oficinas de control interno.

Se realizarán actividades, promoviendo la transparencia y la rendición de cuentas.

¡Participa!
y contribuye a un Rionegro más responsable

Organiza: Comité Municipal de Control Interno



¿Conoces los pilares del control interno?

Aquí te lo contamos:

- Autocontrol**
Capacidad del recurso humano de la entidad de ejercer control sobre su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos y garantizar los resultados que se esperan en el desarrollo de sus funciones.
- Autorregulación**
Capacidad de aplicar de manera eficiente y eficaz los métodos y procedimientos que permitan desarrollar e implementar el Sistema de Control Interno en la institución, bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.
- Autogestión**
Capacidad de la entidad de interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada.



Alcaldía de Rionegro
Departamento de Antioquia
Oficina de Control Interno

PROGRAMACION SEMANA CULTURA DEL CONTROL

Lunes 9 diciembre	Martes 10 diciembre	Miércoles 11 diciembre	Jueves 12 diciembre
1:30 pm Apertura y sensibilización (Alcaldía)	8:00 am Sensibilización Contraloría	8:00 am Sensibilización ESO	7:30am CARRERA DE OBSERVACION; inicia del parqueadero de Hábitat
3:30 pm Sensibilización NUTRICERES	9:30 am Sensibilización EDES	9:30 Sensibilización PERSONERIA	1. Base: Alcaldía 2. Base: Julio Sanín 3. Base: Contraloría 4. Base: IMER 5. Base: ESO 6. Base: INCAROSA 7. Base: Personería 8. Base: EDES
	11:00 am Sensibilización Hospital SID sede el Gilberto Mejía	11:00 am Sensibilización Alcaldía (Julio Sanín)	
	2:00 pm Sensibilización IMER	2:00 pm Conversatorio "EL Rol de las Oficinas de Control Interno en las Entidades Públicas" (Auditorio Casa Dorada)	



Nos complace invitarte a participar en la "Carrera de Observación"

Una emocionante actividad que se llevará a cabo en el marco de la **Semana de la Cultura del Control**. Este evento tiene como objetivo fomentar la capacidad de atención, análisis y reflexión a través de una serie de desafíos que pondrán a prueba tus habilidades de observación y percepción.

Los participantes podrán inscribirse con los Jefes de Control Interno de cada una de las entidades descentralizadas y de la Alcaldía de Rionegro.

¡Anímate a participar!





RELACIÓN CON LOS ENTES EXTERNOS: Facilitar el cumplimiento de las exigencias de ley y solicitudes de los diferentes organismos que vigila la entidad. Este rol se cumple a través de los diferentes informes que se presentan y de los planes de mejoramiento derivados de los informes de las auditorías realizadas por los organismos externos.

Por la Atención Muchas Gracias.



Ruby Esneda Marín López
Jefe de Control Interno.



Informe ...2024.docx



Ruby Esneda Marin Lopez

Para: Claudia Janneth Loaiza Henao; Diana María Mejía Valencia



Responder

Responder a todos

Reenviar



Mié 18/12/2024 10:56



Informe de gestion control in...
5 MB

Buenos días, a solicitud de la Junta Directiva del Hospital y demás fines pertinentes, adjunto Informe de gestión de control interno 2024.

Por la atención muchas gracias.

Atentamente,

Ruby Esneda Marín López
Control Interno.



Responder



Responder a todos



Reenviar