

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO, SEGUNDO INFORME.

INTRODUCCION

El sistema de control interno tiene como compromiso fundamental lograr la eficiencia y la eficacia y transparencia en el ejercicio de las actividades para cualificar a los servidores públicos en el desarrollo de las competencias para lograr los fines misionales de la Moreno y Clavijo en el 2018.

La séptima dimensión de MIPG -Control Interno, que se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018). Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General de MIPG y se desarrolla en detalle en El Manual Operativo en la implementación del MIPG.

OBJETIVO

El proceso integral de gestión de control, está en cabeza de la alta gerencia, quien tiene la responsabilidad y el compromiso de su implementación y diseño atendidos en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, acorde a la ley 648 de 2017, se entiende que es un comité de índole gerencial en el cual se toman las directrices para poner en practica políticas de mejoramiento continuo para lograr mayor Optimización de los procesos. acompañados de buenas prácticas administrativas y profundas política de racionalidad del gasto público.

ALCANCE

La nueva estructura del MECI busca una alineación a las buenas prácticas de control referenciadas desde el Modelo COSO, razón por la cual la estructura del MECI se fundamenta en cinco componentes, a saber:

- (i) ambiente de control,
- (ii) administración del riesgo,
- (iii) actividades de control,
- (iv) información y comunicación
- (v) actividades de monitoreo.

Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de



Responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de las oficinas de control interno: Página 23 de --

- (1) Línea estratégica, Conformada por la alta dirección y el equipo directivo;
- (2) Primera Línea, conformada por los gerentes públicos y los líderes de proceso;
- (3) Segunda Línea, conformada por servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o Proyectos, comités de riesgos donde existan, comité de contratación, entre otros);
- (4) Tercera Línea, conformada por la oficina de control interno.

RESUMEN GERENCIAL.

El control interno de la ESE, es un proceso adelantado por toda la estructura orgánica la de la entidad; liderado por la gerencia en su esquema administrativo y replicado en todos los funcionarios bajo la responsabilidad de las subgerencias administrativas y de Salud, los directores de los seis (6), hospitales adscriptos, y los dos (2) centros de salud, con 21 puestos de salud, el cual consta de políticas y procedimientos diseñados y operados para proveer seguridad razonable para la consecución de los objetivos misionales, así mismo poder asegurar la confiabilidad de la información financiera, garantizarla salvaguarda a de los activos, el mejoramiento de la productividad de cada proceso, el fortalecimiento de la cultura de autocontrol, la introducción de mejoras permanentes a la operación y el uso óptimo de los recursos en pro de una gestión encaminada HACIA la efectividad de todos los procesos.

ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

Se utiliza la información generada por el proceso de gestión integral de gestión de Control, y los demás procesos y subprocesos de la sede de la Moreno y Clavijo que incluyen la sede Central y la red hospitalaria, adscripta como son los cinco municipios cubiertos hospital San Antonio de Tame, San Francisco de Fortul, San Lorenzo de Arauquita, San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, San José de Cravo Norte, San Juan de Dios de Puerto Rondón,, el Centro de salud Juan de Jesús Coronel de Puerto Jordán, y el centro de salud de Panamá de Arauca y la sede central,

La gerencia lidera el proceso adelantado en su esquema administrativo coordinado por la subgerencia Financiera y administrativa, con una cultura de autocontrol de parte de todos los funcionarios, bajo la responsabilidad de la subgerencia de salud, los directores de los seis hospitales y los dos centros de salud y 21 puestos de salud el cual consta de políticas y



procedimientos diseñados y operados para proveer seguridad razonable para la consecución de los objetivos misionales así mismo poder asegurar la confiabilidad de la información, financiera, garantizar la salvaguarda de los activos, el mejoramiento de la productividad de cada uno de los procesos, el fortalecimiento de la cultura de autocontrol, la introducción de mejoras permanentes a la a la operación y el uso óptimo de los recursos.

Página 24 de

1. ACTIVIDADES DEL AMBIENTE DEL CONTROL.

Asegurar un ambiente de control.

En el POA que esta condesado en 21 páginas la alta dirección de la ESE M y C, busca asegurar un ambiente de control que le permita disponer de condiciones mínimas para ejercer el control interno.

La gerencia asumió la responsabilidad y el compromiso al establecer los niveles de autoridad apropiados para la supervisión y el desempeño del sistema de control interno y de determinar las mejoras a que haya lugar.

El comité Institucional Coordinación de Control interno, es de nivel gerencial bajo esta directriz se supervisa y se hace seguimiento, se determinan responsabilidades y autoridad y está claro que el control interno es de todos y así mismo se debe hacer el aporte. Este Comité Institucional de Control interno es de índole gerencial en el cual se toman las directrices para poner en práctica políticas de mejoramiento continuo para lograr mayor eficiencia y eficacia en los procesos.

De los planes a publicar en el portal de la entidad a el 31 de enero, solo faltó el plan institucional de archivos PINAR.

El decreto 612 del 4 de abril de 2018, contempla la adición a los planes integrales tres nuevos que son:

- PLAN ESTRATEGICO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN PETI.
- PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION.
- PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION.

Estos deben ser publicados y insertos al POA y publicados a más tardar el 31 de Julio 2018. La deficiencia esta en lo relacionado con las tablas de archivos por la gran documentación que existe en los hospitales, centros de, los puestos de salud y la remisión de la documentación Hacia Arauca la cual debe ser retornada a los hospitales posteriormente.



En lo referente a la planeación estratégica seguimiento del portal de la página web de la entidad al 18 de mayo con un grado de cumplimiento de 90%, al agruparlos por macro procesos: Estratégicos 93%, Misionales 97%, Apoyo 70%, Seguimiento y monitoreo 100%.

El 4 de mayo se le hace ajuste el comité de gestión y desempeño para determinar los comités que serán absorbidos por el área de planeación que son:

- PRESUPUESTO.
- Archivo.
- PyP.
- Facturación.
- Adquisiciones.
- Bajas.

Gerencial. El comité gerencial es el Comité Institucional de Control Interno.

En la resolución 108 de 2018 del 4 de mayo se conforman los grupos y se ordenan realizar los autodiagnósticos de cada dimensión.

Los ejes transversales para los equipos:

- 1.Talento humano.
- 2.Gestion documental.
- 3.Servicio al ciudadano.
- 4.Juridicos.
- 5.Control Interno
- 6.Secretarios generales
- 7.Planeacion.
- 8.comunicaciones.
- 9.Contratación.
- 10.tecnologias.
- 11Defensa jurídica.

En los entes territoriales estos son los ejes transversales y como tal deben conformarse con el personal que desee para ser registrados en la función pública para ser capacitados y asesorados en todo el proceso.

Se cataloga como adecuado, con 64%.

2. Gestión del riesgo Institucional.

Asegurar la gestión del riesgo en la entidad.

Este segundo componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los Objetivos institucionales. para favorecer a un tercero.

El riesgo de una red pública esta generado por su misión la cual es de finalidad social, de primer nivel, al tener que atender todo el departamento que por su extensión hace que el coste se alto, los puestos de salud no son rentables y no producen generación de ganancias, además la normatividad hace que la E.S.E tenga en alto grado de demandas por prestaciones sociales por el estado garantista, toda persona desvinculada demanda con alta probabilidad de ganar.

Durante la intervención ocurrida en la ESE del 2009 al 2015, se presentaron demandas por un accidente de una ambulancia con personal fallecido el que genero erogaciones de más de \$1.300.000 millones, también a la fecha tenemos 121 demandas nulidad y restablecimiento del derecho 60, ejecutivo 12, reparación directa, 40, acción contractual3, ejecutivo ordinario 6 por \$21.385.195,013.

Comparta tiene en un 80% la aferencia de los servicios prestado por la ESE, esto es un riesgo alto por la acción dominante que en caso de declararse en quiebra el daño seria irreparable.

El otro riesgo es la disposición de atención a usuarios venezolanos, mediante tutela interpuesta en los órganos judiciales cuando la norma concebida es solo en urgencia vital y partos.

Se cataloga adecuado con 61%.

3. Actividades de control:

Diseñar a las actividades de control del riesgo de la ESE Moreno y Clavijo.

Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos.
Definir controles en materia de TIC.

Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control. Página 27 de --

Las actividades están encaminadas a tratar de que las EPS, cumplan con los requerimientos de la contratación, sus actividades son leoninas para evitar pagar a tiempo, su intención e reiterativa para demorar el pago, y el riesgo alto es la posición denominante de una sola empresa que tiene el 80% del mercado a la fecha se va a terminar el año y no se tiene contrato con comparta se sigue con el del año anterior.

Las actividades de control esta en capacitar a los facturadores, los cuales están sindicalizados, esto impide que se tomen medidas para corrección, para respetarles el debido proceso, la cual mediante requerimiento de parte se les compila las falencias presentadas para obtener soportes de su deficiencia, esta área es primordial para la sostenibilidad financiera de entidad.

El riesgo es querer e mantener los puestos de salud abiertos e incluso abrir más, pero esto debe ser solventado por el burgomaestre de turno con contra partida para su solvencia la cual debe tener especificación de aporte directo a la ESE Moreno y Clavijo.

Las EPS tienen la tendencia a glosar, pagar tarde, hacer contratos extemporánea, cumplimiento de metas con matriz de 70 indicadores en la Nueva EPS, vr se tiene que cumplir 100 usuarios, si atendemos 30 cancela el 100%. Por qué los Indicadores en cumplimiento en Arauca están atrasados se empiezan en 40% para subirlos el próximo año a 70%.

En las políticas a realizar esta implementar procesos de racionalidad del gasto público, impulsar políticas de desarrollo organizacional encaminado a reducción de personal en el nivel central como en los hospitales, lo más importante es requerir que se establezca la estampilla pro salud PARA LA RED PUBLICA DEL DEPARTAMENTO DE Arauca.

El estandarte de la ESE es la vacunación en el mapa nacional estamos azules que significa coberturas superiores al 95% y somos los primeros a nivel nacional gracias al talento humano de Moreno y Clavijo.

Se califica con 78%. Adecuado.

4. Información y comunicación



EFECTUAR EL CONTROL A LA INFORMACION Y LA COMUNICACION ORGANIZACIONAL Página 28 de --

Bajo la directriz de la oficina de sistemas se realiza el control a toda la información esta es restringida para salvaguardar procesos y en la gestión de calidad existen 119 procesos evaluados y procesados los cuales se adecuan a las necesidades de la entidad y así mismo se da mecanismos de control, para autoevaluarlos.

Su control se realiza con los respectivos comités, los cuales tienen manuales de procesos.

Se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución y elaboración, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los procesos y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos resultados de mostrar mejoras en la gestión administrativa de valor y grupos de interés, todos estos procesos deben generar procesos de valor agregado, que se asegure la calidad en el proceso, formulando actividades que permitan mitigar el riesgo y llevarlos a niveles aceptables.

En el caso de manejos de combustibles se debe hacer cruce de información con los soportes de sistemas de información para ver cuantas remisiones se realizaron y cuantas se pagaron y evitar las remisiones fantasmas a si mismo que las compra para combustible de planta se debe separar para verificar con la certificación de la oficina DE ENELAR de que no hubo fluido eléctrico, sacar el promedio de galón por hora y en lo posible evitar que los vehículos de misión medica sean utilizados como medio de transporte. La interventoría debe consolidar, verificar con sistemas de información las remisiones y las encendidas de la planta con las certificaciones de enelar de que no hubo luz,

El comité institucional de planeación Gestión y desempeño se aprobó el 26 de enero, mediante resolución 036 de 2018, en la implementación del MIPG.

Para el Comité Institucional Coordinación de Control Interno se actualizo la resolución 189 de 27 de julio de 2017, y se socializar el código de ética del auditor y el manual de auditoria del auditor para luego proceder aprobar el plan de las auditorias, y al presentado se corrieron los meses de febrero y abril, para junio y julio.

Se calificó como adecuado con 62%.

5. Actividades de monitoreo y supervisión.



Aumentar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad.

La autoevaluación debe valorar.

- La eficacia del SCI.
- La eficiencia y eficacia de los procesos.
- Nivel de ejecución de planes y programas.
- El resultado de la gestión con el propósito de detectar desviaciones, generar recomendaciones y orientar las acciones de mejoramiento.

En primer lugar, las evaluaciones continuas constituyen operaciones rutinarias que se integran en los diferentes procesos o áreas de la entidad, las cuales se llevan a cabo en tiempo real por parte de los líderes de proceso para responder ante un entorno cambiante.

– La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será tomar las decisiones relacionadas con las corrosiones o el mejoramiento del desempeño.

Cada proceso tiene internamente un plan de mejoramiento, el mapa de riesgo se socializo con los directores de los hospitales el 16 de enero, y seguimiento el 31 de enero, en el nivel central con los líderes de procesos a nivel central.

Los mapas de riesgos por hospitales se presentaron el 18,19 y 20 de abril en la sala de juntas de la sede central.

En relación a los flujos gramas, estos requieren que tengan puntos de decisión y, de control y generen evidencia, como es el caso de Control y regulación del combustible, por eso deben llevar medida del tacómetro, para verificar los recorridos de cada remisión, determinando el coste por kilómetro de recorrido para que exista racionalidad en el gasto público.

El déficit de la entidad es de \$9.003. 721.00 al mes de mayo. Se estaba en nivel bajo para el próximo año se tendrá un nivel medio si no se estabiliza, es bueno que los proyectos de la Unidad no tengan dolientes externos que disminuye la rentabilidad vienen con análisis sesgado con costes desde la Unidad



Se realizó visita administrativa a Arauquita, Tame y Fortul se hizo entrega de la información a cada director para que él tome más medidas correctivas y preventivas para que las falencias mediante aporte de prácticas de mejoramiento continuo se minimice estos riesgos que y según su realce se tome su corrección atinente. Página 30 de --

EN Arauquita existe gran cantidad de inservibles que atenúan el paisaje tiene falencias con caja de pago de contado, no tienen cámaras de seguridad, ni sensores de movimiento, para mejor servicio los parroquianos sugieren que se preste de manera continua el servicio médico y van a otros servicios para aprovecha la ida al pueblo.

En Tame se realizó la rendición de cuentas en el mes de mayo, esta se realizó fuera del hospital, la recomendación es que en otra eventualidad se realice en las instalaciones del mismo hospital. El hospital maneja bien los cruces de farmacia con medicamentos y el almacén, lo hacen por semana este sistema se debe implementar en todos los hospitales, en lo referente a odontología se presenta una obstrucción en las unidades por la arenilla de la tubería de cobre, la cual debe ser cambiada en su totalidad, y abrir el desfogue todos los días y drenar mínimo 10 segundos todos los días después de cada jornada. La queja más alta es que solo se está atendiendo 6 a 8 personas por jornada. También el paciente no tiene el servicio de meriendas y comidas, existen grandes goteras y la tubería de agua está en el techo y esta tiene fugas por la alta presión por lo que estos aumenta el costo de los servicios.

El hospital San Antonio de Fortul tiene infraestructura adecuada, presenta la más alta reducción en lo inherente al pago de servicios públicos, es un hospital rentable con un acto sentido de pertenencia, presenta bombillería Led, a partir de agosto esta remodelado y adecuado el problema de tuberías de aguas lluvias y de aguas residuales.

Es calificación. adecuada 62%.

RECOMENDACIONES

Se debe implementar los planes de mejoramiento archivístico y el plan institucional de archivo Pinar. Solicitados por la subsecretaria Financiera y administrativa, la entidad ha iniciado la elaboración del Diagnóstico integral de archivo, con el fin de identificar el estado actual de la gestión documental con una DOFA, para de esta manera se cumpla con lo establecido en la ley



594 del 2000 la ley general de archivos, así como lo definió en sus normas reglamentarias específicamente a lo expresado en el art 8 en el decreto 1080 de 2005, Único Reglamentario del sector Cultura, que obliga a las entidades públicas a contar con un programa de Gestión Documental (PGD), y un plan Institucional de archivos (PINAR) entre otros instrumentos requeridos para la gestión documental, es bueno acotar que funcionarios del Archivo General de la nación hicieron presencia en Arauca y la ESE se comprometió para el mes de noviembre tener documentado el PINAR, para lo cual se debe direccionar la responsabilidad en la auxiliar de archivo, MARIA TERESA PERALES MAURNO, pero también se debe contar con un esfuerzo institucional de acompañamiento por la dificultad de atender de manera permanente el seguimiento de 6 hospitales, dos centros de salud, 21 puestos de salud y tener en cuenta la dificultad de la movilidad del departamento. Página 31 de --

En relación a los flujogramas esta actividad de gestión de calidad esta debe determinar los puntos de control y el lugar de toma de decisiones, realizar el documento que, de evidencia, determine con exactitud los costos, las acciones el precio real de cada proceso.

En lo referente a austeridad del gasto en papelería se recomendó que las hojas se impriman por las dos caras, de frente y por el reverso. Se configuren las impresoras y fotocopiadoras para que se utilice las impresiones y fotostáticas por las dos caras, también se recomienda que la compra de combustible se realice en las unidades especiales de desarrollo fronterizo, porque economiza el timbre y auxilio de transporte, lo hace más económico. LAS UNIDADES ESPECIALES DE DESARROLLO FRONTERIZO para el departamento de Arauca son los municipios de Arauca y Arauquita, si el contrato se realiza con anticipo se comprará a precios de mercado.

En la auditoria de Arauquita, se debe adecuar un mejor lugar para edificar un nuevo hospital, con financiación de regalías, Oxy, Municipio, Gobernación, ministerio de Salud, Cooperación Internacional debido al conflicto. Entendiendo que la infraestructura no es antisísmica, tiene tres dilataciones grandes, goteras a doquier, el nuevo hospital debe edificarse de un solo piso para que los costos no se crezcan, debe ser en un terreno con buenas vías de acceso y salida.

Las hojas de vida de los equipos no tienen historial, existen deficiencias en las donaciones y en la actividad para que los bienes queden registrados como de la red pública, también existe un equipo digital de rayos X el cual se debe sanear para permitir su adecuación y funcionamiento e incluso sugerir que ellos lo adecuen y entreguen de nuevo funcionando antes de permitir arreglar cualquier equipo análogo.

El hospital San Antonio de Tame. Tiene falencias en goteras a pesar de ser el



más nuevo, el gasto de luz y agua es muy alto se debe realizar actividades encaminadas a disminuir los costos con aporte de las empresas que suministren los servicios, de por si esta subutilizado, se deben prestar servicio de segundo nivel y algunos de tercero para que así se pueda solventar el resto de la red, se tiene en contra para convertirlo en una nueva ESE que es un municipio de quinta o sexta categoría, pero si serviría como soporte de la red, además por nunca sería rentable solo si llegase a ser tercera categoría.

Página 32 de

La sede para llevarla a Tame, no es factible por que la Unidad esta en Arauca y todas las capacitaciones se hacen acá, las ias tienen sede en Arauca, todos los bancos están en Arauca, en Tame no existe soporte tecnológico para tener internet de alta capacidad, el costo para Tame sería de \$500.000.000 por año.

Los planes de intervenciones colectivas con el municipio de Fortul, el ultimo genero perdidas por \$2.000. 000.00 lo que refleja que estos programas no pasen por planeación y estas son deficientes hay que verificar la actuación de las interventorías.

En los hospitales de Tame. Arauquita y Fortul existen incineradores que tuvieron el costo de \$24.000.000 cada uno los cuales se deben adecuar para que en perímetro rural de cualquier municipio preferente en Arauquita prestar este servicio para aprovechar los tres equipos y se tendría la capacidad para recibir todos los residuos hospitalarios del departamento este proyecto se debe implementar con dos vehículos para su recolección en el departamento.

12 de julio de 2018 siendo las 17 horas. Se termina.

Atentamente,



JORGE TADEO ANZOLA PINTO.
Asesor de control interno.
Gestión Integral de Control
Digito y realizo jotapl. Daniela murillo.