

INFORME SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA MORENO Y CLAVIJO

ENERO A DICIEMBRE DE 2016

El presente informe comprende las actividades realizadas para el periodo antes mencionado; la fuente de información utilizada es la generada tanto por el proceso de Gestión Integral de Control como por las demás procesos y subprocesos y sedes de la ESE Moreno y Clavijo, que Incluye la sede central y la red hospitalaria adscrita como lo son San Antonio de Tame, San Francisco de Fortúl, 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 Panama y la Sede Central.

El Control Interno de la Empresa, es un proceso adelantado por toda la estructura orgánica de la entidad; liderado por la Gerencia en su esquema administrativo y replicado por todos los funcionarios, bajo la responsabilidad de las Subgerencias administrativa y de Salud, los Directores de los 6 Hospitales y los 2 centros 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 operación y el uso óptimo de los recursos en pro de una gestión encaminada a garantizar la efectividad de la organización.

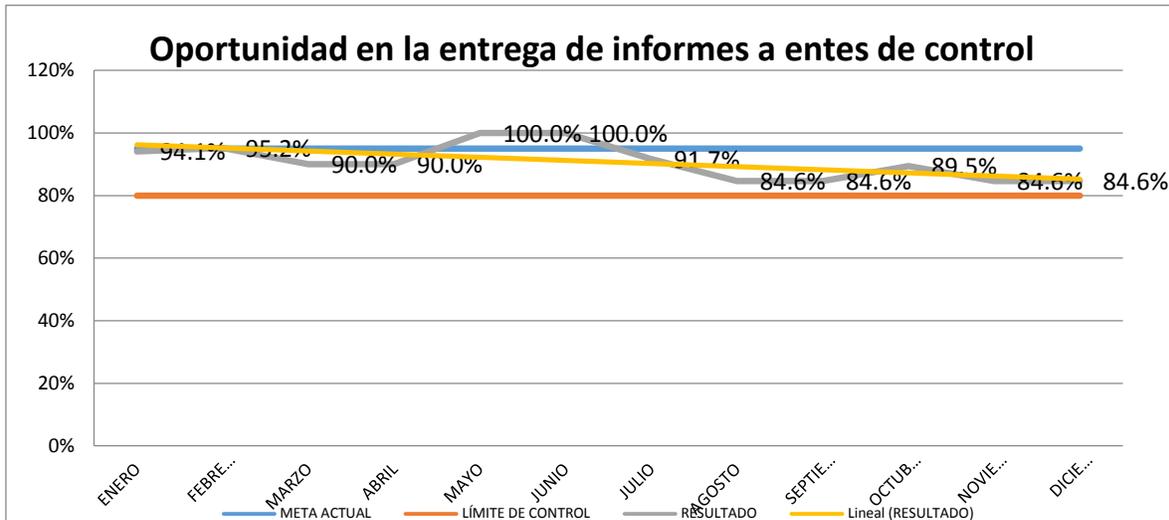
Para dar cumplimiento a estos propósitos administrativos orientados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Gerencia de la ESE MORENO Y CLAVIJO ha propiciado el diseño, estandarización, documentación e implementación del sistema integrado de gestión bajo las normas NTCGP 1000:2009, MECI 1000:2014, ISO 9001.2008 y la normatividad aplicable al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad respectivamente.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

1. SEGUIMIENTO A INFORMES A PRESENTAR A LOS DIFERENTES ENTES DE CONTROL DURANTE LA VIGENCIA 2016.

Se da continuidad a la estrategia de seguimiento y control a los informes a presentar a los diferentes entes de control, implementándose la notificación mediante correo electrónico de los informes a vencer a los procesos y subprocesos responsables, así mismo se manejan archivos en medio electrónico y físico los cuales contemplan el envío a satisfacción de los informes requeridos por los diferentes entes de control como Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría Departamental, Contraloría General de la Republica, Contaduría General de la Nación, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Administrativo de la Función pública, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, Alcaldía Municipal de Tame y Arauca etc, teniendo en cuenta la periodicidad y los términos establecidos dentro de la normatividad vigente.





Se evidencia un cumplimiento satisfactorio con relación a la presentación de estos informes dentro de los tiempos y términos establecidos por los diferentes entes de control, donde el número de informes a presentar para la vigencia 2016 fueron de 197 informes los cuales manejaban periodicidades mensuales, bimensuales, trimestrales, semestrales y anuales respectivamente, donde la entidad presentó a satisfacción 179 informes arrojando un resultado global del 90.7% en el indicador según las directrices y políticas establecidas por la entidad.

1.1. PRESENTACION DE INFORMES DE RESPONSABILIDAD DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO.

Durante la vigencia 2016 se presentaron los siguientes informes:

1. Informe pormenorizado del estado del sistema de control interno según los lineamientos establecidos en el artículo 9 de la ley 1474 de 2011.
2. Informe sobre la satisfacción del usuario para el primer semestre de la vigencia 2016, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la ley 1474 de 2011 art. 76 parágrafo 2.
3. Informe sobre seguimiento al mapa de riesgos administrativo, de corrupción y plan anticorrupción y atención al ciudadano siguiendo los lineamientos contemplados en los art. 73 y 76 de la ley 1474 de 2011.
4. Informe anual consolidado de la Evaluación del Modelo Estándar de Control Interno correspondiente a la vigencia 2015, presentado al Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, arrojando una calificación del **62,95** con un grado de madurez intermedio.
5. Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno Contable de la Vigencia 2015, presentado a la Contaduría General de la Nación. Arrojando un resultado de **3.82** nivel satisfactorio.
6. Informe anual de uso de licencias de Software de la vigencia 2015.

1.2. PRESENTACION DE INFORMES ADICIONALES REQUERIDOS.

- Reporte de publicación información de la situación contable y financiera a 31 de diciembre de 2015 según requerimiento de la Superintendencia Nacional de Salud mediante circular externa 014 del 4 d octubre de 2016.
- Requerimiento ordinario de información Exógena ICA 2015 solicitud realizada por la Alcaldía Municipal de Arauca.

2. AUDITORIAS DE SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS MISIONALES, DE APOYO Y DIRECCIONAMIENTO DE LA ENTIDAD.

Teniendo en cuenta el plan y cronograma de auditorías del Sistema Integrado de gestión aprobado para la vigencia 2016, la oficina de control interno ha realizado auditorías a los siguientes procesos y subprocesos así:

Proceso de Gestión Talento Humano: De manera mensual se realiza auditoria a los contratos celebrados bajo la modalidad de prestación de servicios y nómina, verificándose la información referente al diligenciamiento de los formatos exigidos por la norma, como las afiliaciones a salud, pensión y riesgos laborales, documentos como certificado de la procuraduría, contraloría y certificado judicial, como también los documentos que soportan la experiencia laboral y documentos que acreditan los estudios realizados cumpliendo de esta forma con los requisitos precontractuales y contractuales de acuerdo a los lineamientos establecidos en el manual de contratación de la entidad.

Proceso Gestión Jurídica y contratación: Se da continuidad al seguimiento a la contratación celebrada de forma mensual, revisándose el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual de contratación, estatuto de contratación y la normatividad vigente en los procedimientos precontractuales, contractuales y las directrices impartidas por la gerencia de la ESE Moreno y Clavijo.

SUBPROCESOS GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Proceso de Cuentas por Pagar: En desarrollo de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 943 de 2014, se realizó auditoría de seguimiento al procedimiento de cuentas por pagar, permitiendo a la institución establecer la oportunidad como también el cumplimiento de los requisitos exigidos para el trámite de legalización y pago de las cuentas, auditorías realizadas de forma mensual arrojando un porcentaje de cumplimiento superior al 80% en la legalización de las cuentas por pagar para la vigencia, lo cual permite a la entidad conocer y mantener actualizado el estado del pasivo.

Subproceso de Gestión Almacén y Recursos Físicos: Para este proceso se realizan seguimientos de forma trimestral a los inventarios de consumo generados por cada hospital y centros de salud adscritos a la entidad, con el fin de verificar y evaluar los procedimientos manejados por cada una de las sedes de la entidad con relación a las entradas, salidas y manejo de los insumos.



Para el primer cuatrimestre se realizó auditoria a los inventarios de consumo generados por el Hospital San Antonio de Tame, de acuerdo a la información y evidencias por dicho hospital.

Para el segundo cuatrimestre se realizó auditoria a los inventarios de consumo generados por los hospitales San Lorenzo de Arauquita y San Juan de Dios de Puerto Rondón presentándose las recomendaciones necesarias las cuales aportan al proceso de mejoramiento continuo que se viene adelantando en la ESE Moreno y Clavijo.

Para el tercer cuatrimestre se realizó auditoria al subproceso de Gestión Almacén y Recursos Físicos de acuerdo a los inventarios reportados por la red hospitalaria de forma mensual, donde para este periodo se revisó la información remitida por el Hospital San Francisco de Fortul respectivamente.

Teniendo en cuenta los seguimientos realizados esta oficina presenta las siguientes recomendaciones las cuales aportan al proceso de mejoramiento continuo que se viene adelantando en la ESE Moreno y Clavijo.

1. Como mecanismo de autocontrol y autoevaluación, el director y administrador deberá revisar, analizar, ajustar y realizar seguimiento a las falencias evidenciadas en el desarrollo de la auditoria, contribuyendo al mejoramiento continuo de los procedimientos manejados en los procesos y subprocesos de la entidad.
2. Se hace necesario el cruce de información respecto a las salidas realizadas Vs facturación generada de forma permanente, con el fin de manejar información real y veraz respecto al total de los insumos que reposan en el stop de cada hospital.
3. Actualizar en el software de Sócrates los precios de los insumos manejados en la red hospitalaria de la entidad.
4. Se recomienda realizar actualización del catálogo de medicamentos en el módulo de almacén e inventarios del software de dinámica gerencial a su vez colocar en funcionamiento dicho módulo de forma global, con el fin llevar control en las entradas y salidas como también mantener actualizado el stop de los inventarios en la red hospitalaria.
5. El líder del subproceso de almacén y recursos físicos y su equipo de trabajo deberá continuar con el procedimiento de levantar y actualizar los inventarios de consumo y devolutivos de cada una de las sedes de la entidad, para dar cumplimiento a los requerimientos de la normatividad vigente, actividad que ayudara a manejar información veraz y confiable, como también contribuirá a la adquisición adecuada y mesurada de los insumos y medicamentos necesarios para el buen funcionamiento de dichas sedes.

Subproceso de Gestión Tesorería: Se realizó auditoria a los gastos generados en los consumos de telefonía celular, fija e internet, lográndose avance significativo del 87.5% respecto a los hallazgos evidenciados en las auditorias anteriores, así mismo se debe continuar con el proceso de notificación y seguimiento respecto al cobro y pago de aquellos excedentes que aún se encuentran pendientes por reintegrar como aquellos que



se generaron para el periodo auditado por parte de los responsables del uso de los servicios antes mencionados.

Auditoria Sistema Integrado de Gestión: Para los meses de Junio y Julio de los presentes se realizaron auditorias integradas a los procesos de apoyo de la entidad así:

- ❖ Gestión Talento Humano.
- ❖ Gestión Jurídica y Contratación.
- ❖ Gestión Almacén y Recursos Físicos.
- ❖ Gestión Presupuesto.
- ❖ Gestión Salud Ocupacional.
- ❖ Gestión Documental.
- ❖ Gestión Salud ocupacional.

En el desarrollo de dicha auditoria se midió el grado de conocimiento, adherencia y aplicación de los lineamientos establecidos en el decreto 943 de 2014 – Modelo Estándar de Control Interno y la NTCGP 1000:2009 – Norma Técnica de Calidad en la Gestión Publica respectivamente.

2. Para el mes de Julio de 2016, se realizaron auditorias para evaluar el grado de implementación y evolución del sistema integrado de la entidad, donde la herramienta utilizada contempla los requisitos de la Norma técnica de Calidad NTCGP 1000:2009, la actualización del nuevo Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014 el cual brinda elementos de control y evaluación, buscando el mejoramiento continuo de manera particular según sus características, complejidad y dimensiones y por otro lado el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad el cual facilita la atención en salud, constituyéndose en la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema nacional de salud, teniendo como propósito fundamental la protección de los usuarios de los potenciales riesgos que se puedan presentar en los servicios de salud ofertados por la entidad.

De dicha auditoria se pudo concluir que el Hospital San Lorenzo de Arauquita, obtuvo una calificación adecuada según los rangos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función pública del **60% al 89%** definiendo que el sistema de la ESE Moreno y Clavijo se cumple de forma global, pero con deficiencia en cuanto a documentación o a la continuidad sistemática de su cumplimiento, o respecto a la fidelidad con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias a corto plazo, para que el sistema no deje de ser eficaz.

SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS DE LA ENTIDAD.

Estas auditorías se realizaron con el objeto de evidenciar el cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento de las diferentes procesos y subprocesos teniendo en cuenta que se auditaron el total de los hallazgos contemplados en los mismos; con el fin de aportar dentro del proceso de mejoramiento continuo de la entidad, a su vez, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 943 de 2014, módulo de evaluación y seguimiento – componente planes de mejoramiento.



- **PLAN MEJORAMIENTO MECI CALIDAD.**

Se realizó auditoría de seguimiento al Plan de Mejoramiento institucional el cual fue producto de las falencias encontradas en la evaluación realizada al proceso de implementación y desarrollo del modelo estándar de control interno MECI 1000 y el cumplimiento de la Norma técnica de calidad de la gestión pública 1000:2009 para la vigencia 2015, arrojando los siguientes resultados:

Durante el seguimiento realizado al plan de mejoramiento MECI vigencia 2015 se evidencio un cumplimiento total del **32.14%** con relación a los siete (7) hallazgos relacionados en el mismo, de igual forma se detalla a continuación los hallazgos cumplidos de forma total, parcial o sin avances, así:

Cumplimiento al 100% en un (1) hallazgo el cual hace referencia a al ítem 2 de esta herramienta.

Cumplimiento parcial superior al 50% para el hallazgo 7 de dicha herramienta.

Cumplimiento igual o inferior al 50% en dos (2) hallazgos, haciendo referencia a los ítems 1 y 6 respectivamente.

Sin avances tres (3) hallazgos los cuales corresponden a los ítems 3, 4 y 5 del pan de mejoramiento antes mencionado.

- **PLAN DE MEJORAMIENTO SUBPROCESO DE TALENTO HUMANO.**

Teniendo en cuenta el análisis anterior esta oficina concluye que el proceso de Gestión Talento Humano con base a las gestiones y avances presentados para subsanar los hallazgos contemplados en el plan de mejoramiento, presenta un cumplimiento del **6.87%** respectivamente.

- **PLAN DE MEJORAMIENTO SUBPROCESO DE CONTABILIDAD.**

De los 12 hallazgos auditados, Se evidencia un cumplimiento del **44%** del total de las actividades plasmadas dentro del plan de mejoramiento, evidenciándose los siguientes resultados:

Se cumplió al 100% con el hallazgo Nro. 7, 8, 9 y 11, el Hallazgo Nro. 12 obtuvo un cumplimiento del 79%, el hallazgo Nro. 2 obtuvo un cumplimiento del 50% y para los hallazgos 1, 3, 4, 5, 6 y 10 no se evidencian avances.

Respecto a los hallazgos que continúan abiertos se deben replantear las actividades propuestas y los tiempos para su ejecución, permitiendo de esta forma realizar una medición eficaz a los mismos.

- **PLAN DE MEJORAMIENTO SUBPROCESO GESTION FACTURACION.**

Teniendo en cuenta el análisis anterior esta oficina concluye que el subproceso de Gestión Facturación de acuerdo a las gestiones y avances presentados para subsanar los



hallazgos contemplados en el plan de mejoramiento; presentando un cumplimiento **88%** respectivamente, así:

1. De los 12 hallazgos auditados, se cumplió al 100% con el hallazgo Nro. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 12 los hallazgos Nro. 10 y 11 obtuvieron un cumplimiento superior al 50% y para el hallazgo 9 no se evidenciaron avances.
2. Respecto a los hallazgos que continúan abiertos se deben replantear las actividades propuestas y los tiempos para su ejecución, permitiendo de esta forma realizar una medición eficaz a los mismos.

- **PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESO DE GESTION JURIDICA Y CONTRATACION.**

De los 5 hallazgos auditados, Se evidencia un cumplimiento del **47.5%** del total de las actividades plasmadas dentro del plan de mejoramiento para dicho proceso.

De los 5 hallazgos auditados, se cumplió al 100% con el hallazgo Nro. 1, hallazgo Nro. Para los hallazgos 2 y 3 no se evidencia avances, el hallazgo Nro.4 obtuvo un cumplimiento del 87,5 y para el hallazgo Nro. 5 se obtuvo un cumplimiento del 50% respectivamente.

- **PLAN DE MEJORAMIENTO SUBPROCESO DE GESTION PRESUPUESTO.**

Del Hallazgo auditado, Se evidencia un cumplimiento del 25% del total de las actividades plasmadas dentro de dicho plan.

- Respecto a los hallazgos que continúan abiertos se deben replantear las actividades propuestas y los tiempos para su ejecución, permitiendo de esta forma realizar una medición eficaz a los mismos.

SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONALES.

- **PLAN DE MEJORAMIENTO CON LA PROCURADURIA SECCIONAL ARAUCA**

Teniendo en cuenta el análisis anterior esta oficina concluye que el proceso de jurídica y contratación con base a las gestiones y avances presentados para cerrar los hallazgos contemplados en el plan de mejoramiento que la entidad tiene actualmente con la Procuraduría General de la Nación – Seccional Arauca, presenta un cumplimiento global del **82.66 %** respecto a los hallazgos auditados.

De los 15 hallazgos auditados a corte 30 de Abril de 2016, se evidencia los siguientes resultados:

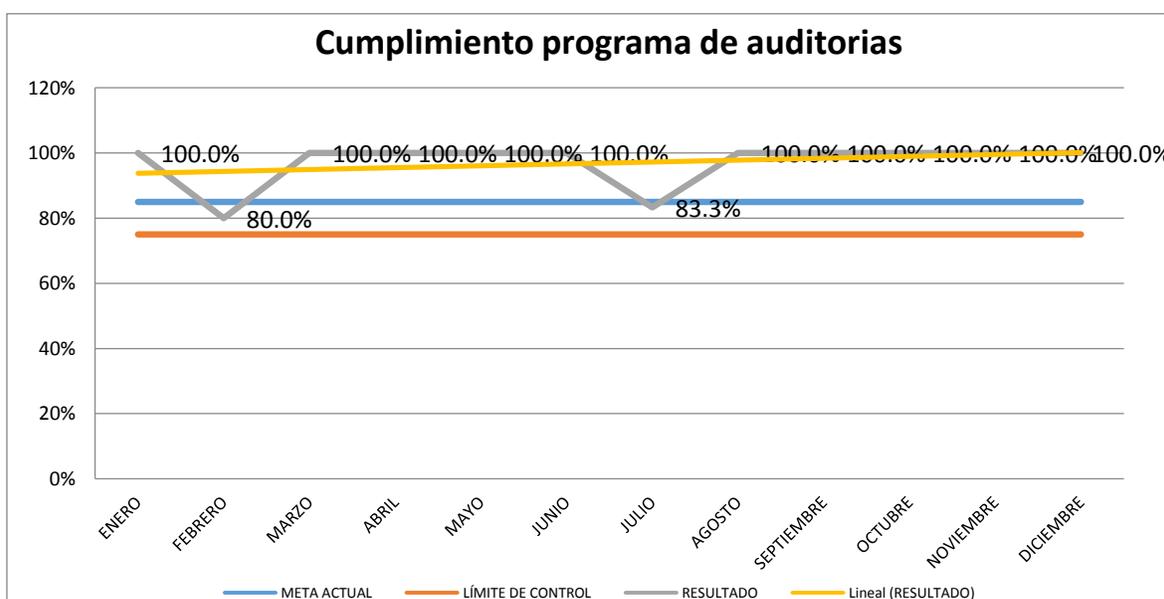
- Diez (10) hallazgos lograron un cumplimiento del 100%, los cuales hacen referencia a los ítems Nro., 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 y 16 de este informe, generando un impacto de eficiencia y eficacia en el desarrollo de las actividades programas para el mismo.



- Para los ítems 1, y 7 se logró un cumplimiento del 75%, quedando pendiente realizar el proceso de socialización a los funcionarios en general según las actividades contempladas para cerrar estos hallazgos.
- Para el hallazgo relacionado en los ítems 13 se logró un cumplimiento parcial del 50% respectivamente.
- Con el Hallazgo relacionado en el ítems 15 del plan de mejoramiento se alcanzó un cumplimiento del 40% donde este hace referencia a la aplicabilidad de la ley general de archivo 594 de 2000 con relación al manejo de los documentos precontractuales, contractuales y pos contractuales de la entidad.
- El hallazgo según ítems 14 no se evidencia gestión adelantada con relación a organizar los expedientes que corresponden a cada proceso de acuerdo a los lineamientos establecidos en la ley general de archivo 594 de 2000.
- **PLAN DE MEJORAMIENTO CON LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE ARAUCA.**

De acuerdo a lo lineamientos establecidos en la **RESOLUCION ORGANICA N° 263** de Septiembre 22 de 2010 “*Por la cual se dictan normas sobre planes de mejoramiento de los sujetos de control de la contraloría departamental de Arauca*” y el Artículo 8° el cual hace referencia al periodo de ejecución y entrega de avances, la entidad alcanzó un cumplimiento global del **93.49%**; quedando abiertos los hallazgos 2 y 4 los cuales no se han subsanado en su totalidad.

A continuación se describe gráficamente el cumplimiento en la realización de las auditorias de forma mensual, así:



De acuerdo al plan de auditorías para esta vigencia se tenían programadas un total de 51 auditorías de las cuales se realizaron 49 a satisfacción lográndose un cumplimiento global del 96.9% resaltando que supera la meta actual programada en dicho indicador el cual se contempla en el 85% según políticas y directrices internas manejadas por la entidad.

3. SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS ADMINISTRATIVO, DE CORRUPCION Y PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCIÓN AL CUIDADANO

3.1. Mapa de Riesgos Administrativos y de Corrupción: Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en el decreto 943 de 2014 y los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011, se realizaron auditorías internas a los mapas de riesgos administrativos y de corrupción en las sedes adscritas a la entidad como lo son:

PRIMER CUATRIMESTRE:

La entidad cumplió con el seguimiento al Mapa de Riesgos administrativos y de corrupción de los procesos y subprocesos de apoyo, direccionamiento y evaluación a

corte a 30 de Abril de 2016, realizándose el primer (1) seguimiento de la vigencia, de acuerdo a los lineamientos y tiempos establecidos en la norma, donde el indicador arroja un resultado de eficiencia del **90%** superando el límite de control establecido para este indicador el cual está contemplado en el 80% para esta vigencia.

Es importante mencionar que también se realizó seguimiento al cronograma del plan anticorrupción y de atención al ciudadano dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la ley 1774 de 2011.

SEGUNDO CUATRIMESTRE:

Se realizaron auditorías internas a los mapas de riesgos administrativos y de corrupción de los procesos directivos, de apoyo y misionales de la entidad, para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2016 arrojando un cumplimiento del **100%** en el desarrollo y ejecución de las actividades programadas para evitar que dichos riesgos se materialicen y puedan entorpecer el normal funcionamiento de los procesos y subproceso, a su vez la consecución de la visión de la ESE Moreno y Clavijo.

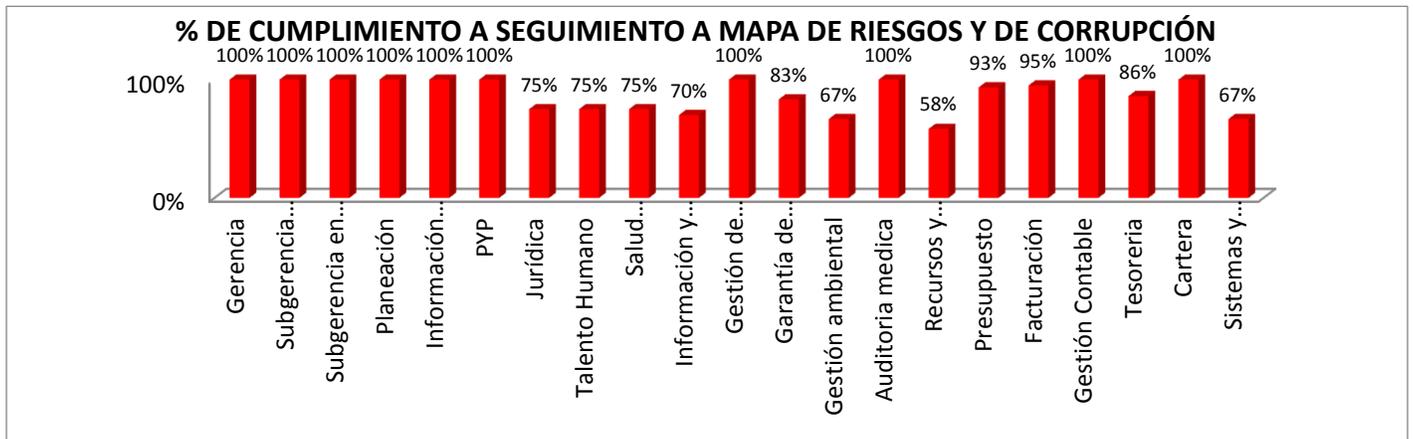
ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO

1. Se obtuvo un cumplimiento global del 100% en cuanto al desarrollo y ejecución de las auditorías programadas, toda vez que se realizó programación para veinte (21) procesos y subprocesos, lográndose la realización de la auditoría a satisfacción en su totalidad.
2. Se logró un cumplimiento del 100% en diez (10) procesos y subprocesos auditados, aportando de esta forma a mitigar los riesgos identificados para el normal desarrollo y funcionamiento de las actividades de cada proceso y subproceso de la entidad. (Ver grafica).
3. En diez (10) procesos auditados se evidencia un cumplimiento mayor o igual al 60%, para los cuales se hacen necesario establecer acciones de mejora. (Ver Grafica).



4. Los procesos y subprocesos de almacén y recursos físicos el porcentaje de cumplimiento fue del 58,33% siendo el resultado más bajos de acuerdo a la medición realizada por esta oficina (ver grafica) y no se evidencia mejoras frente al cuatrimestre pasado.

5. Comparado con la evaluación del cuatrimestre anterior los procesos y subprocesos presentaron mejoras respecto a la aplicación y desarrollo de las actividades programadas en esta herramienta.



1. Se obtuvo un cumplimiento global del 100% en cuanto al desarrollo y ejecución de las auditorías programadas, toda vez que se realizó programación para dieciocho (18) procesos y subprocesos, lográndose la realización de la auditoría a satisfacción en su totalidad.

2. Se logró un cumplimiento del 100% en once (12) procesos y subprocesos auditados, aportando de esta forma a mitigar los riesgos identificados para el normal desarrollo y funcionamiento de las actividades de cada proceso y subproceso de la entidad.

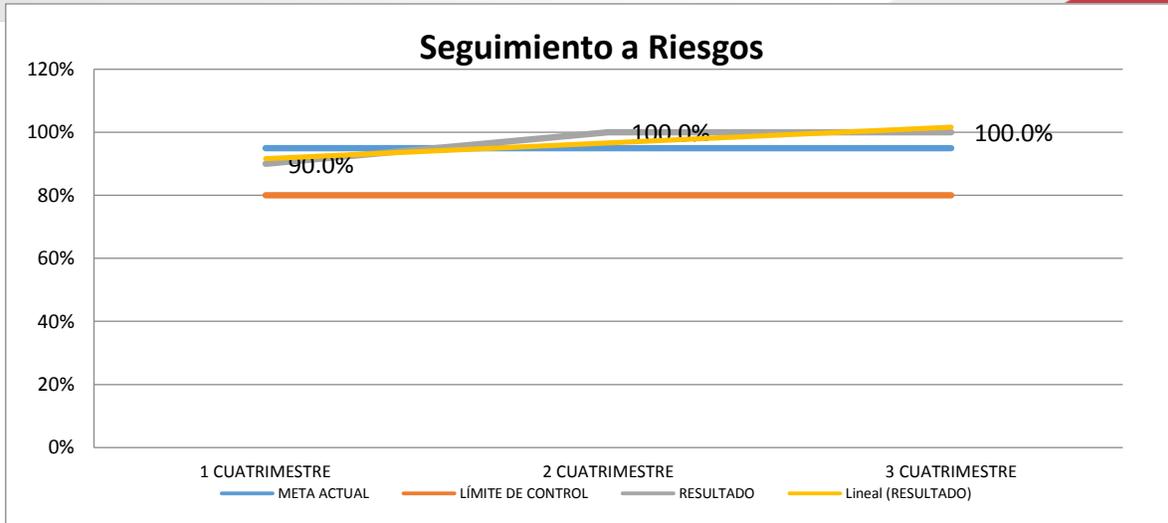
3. Para los procesos y subprocesos de Gestión Jurídica y contratación, Gestión tesorería y Gestión Almacén y Recursos Físicos se evidencia un cumplimiento mayor al 80% haciéndose necesario establecer estrategias de seguimiento y control para el desarrollo oportuno y eficaz de las actividades programadas dentro del mapa de riesgos administrativo y de corrupción.

4. Los subprocesos de Gestión talento humano y Gestión Sistemas y Tecnología se evidencia un cumplimiento entre el 60% y 70% presentándose oportunidades de mejora frente a las actividades propuestas para mitigar los riesgos administrativos y de corrupción para los subprocesos antes mencionados.

5. El subproceso de Gestión Salud Ocupacional presenta un cumplimiento decreciente del 20.83%, para lo cual se hace necesario actualizar o replantear las actividades propuestas con el fin evitar eventos que puedan entorpecer el normal desarrollo de las funciones o actividades a desarrollar.

Según los seguimientos realizados y de acuerdo al indicador de medición se puede evidenciar un cumplimiento total del 96.6% superando el límite de control el cual para esta vigencia está contemplado en el 80%, según tablero de indicadores manejado por la entidad.





3.2. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: En desarrollo de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y en cumplimiento de los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, se realiza auditoría con el objeto de verificar la aplicación de las acciones propuestas para cada uno de los riesgos, con el fin de mitigar y evitar que estos se materialicen, realizándose los seguimientos establecidos a las estrategias de anticorrupción, anti trámites, de rendición de cuentas y de atención al ciudadano, obteniéndose los siguientes resultados:

Teniendo en cuenta los resultados de la auditoria realiza a dicha herramienta a continuación se detalla el cumplimiento de acuerdo a cada estrategia para la vigencia 2016 así:

ESTRATEGIA	Nro. ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR ESTRATEGIA	Nro. ACTIVIDADES CUMPLIDAS			Nro. ACTIVIDADES NO CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO POR ESTRATEGIA
		PRIMER CUATRIMESTRE	SEGUNDO CUATRIMESTRE	TERCER CUATRIMESTRE	VIGENCIA 2016	
RIESGOS DE CORRUPCION	9	8	9	9	0	20
ANTITRAMITES	11	0	7	9	2	16,36
SERVICIO AL CIUDADANO	14	6	12	11	3	15,71
RENDICION DE CUENTAS	10	7	10	10	0	20
MECANISMOS PARA PROMOVER LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACION	14	5	9	9	5	12,85
					TOTAL	84,92

Así mismo se concluye que se alcanzó un cumplimiento global del 84,92% con relación al desarrollo y aplicación de las acciones programadas para cada una de las estrategias contempladas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano las cuales estuvieron encaminadas al fomento de la participación ciudadana y a la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

4. REALIZACION DE REUNIONES DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO

Dando cumplimiento a los lineamientos contemplados en la resolución 028 del 28 de enero de 2015 y según artículo 3 el cual establece la periodicidad de las reuniones ordinarias y extraordinarias de dicho comité, donde para la vigencia 2016 se trataron los siguientes temas:

- ❖ Socialización resultados de la Evaluación del Modelo Estándar de Control Interno Vigencia 2015 – Según acta Nro. 001 de fecha 27 de Abril de 2016.
- ❖ Revisión de los avances y gestiones adelantadas para subsanar los hallazgos contemplados en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría Departamental de Arauca – Según acta Nro. 002 de fecha 29 de Agosto de 2016.
- ❖ Segunda revisión de los avances y gestiones adelantadas para subsanar los hallazgos contemplados en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría Departamental de Arauca – Según acta Nro. 003 de fecha 1 de Diciembre de 2016.

CONCLUSIONES

La entidad actualmente cuenta con los procesos de Gestión de Calidad, Garantía de Calidad y Gestión Integral de Control los cuales brindan acompañamiento en la implementación, adherencia y desarrollo del sistema integrado de gestión, estos procesos están encargados de realizar seguimiento, control y auditoría a los procedimientos, herramientas y documentación manejada en cada proceso y subproceso de la ESE MORENO Y CLAVIJO.

Así mismo para la vigencia 2016 se pudo determinar que el sistema integrado de gestión de la entidad se encuentra en proceso de desarrollo y evolución dando continuidad y aplicación de los procedimientos establecidos para cada una de las sedes que integran la entidad, obteniéndose un grado de avance entre el 60% y el 89% definiendo que el sistema de la ESE Moreno y Clavijo se cumple de forma global, pero con deficiencia en cuanto a documentación o a la continuidad sistemática de su cumplimiento, o respecto a la fidelidad con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias a corto plazo, para que el sistema no deje de ser eficaz, dicha interpretación se toma de la escala de rangos establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.



RECOMENDACIONES

Continuar con el desarrollo, socialización y adherencia del modelo estándar de control interno MECI, como del Sistema Integrado de Gestión, realizando seguimiento continuo a los procesos misionales, de apoyo y de direccionamiento, a través de la ejecución y puesta en marcha de los planes, programas, manuales de procesos y procedimientos, indicadores de gestión, procedimientos y toda documentación propia de los procesos y subprocesos que integran la ESE Moreno y Clavijo, a través de capacitaciones, socializaciones, auditorías, visitas y evaluaciones, contribuyendo al mejoramiento continuo de la entidad, al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales y a la prestación de servicios con calidad que satisfagan a los clientes internos y externos.

Realizar un trabajo de concientización entre los funcionarios tanto de nómina como por prestación de servicios para dar cumplimiento a los postulados contenidos en el MECI, el Sistema de Gestión de la Calidad y Garantía de Calidad, garantizando la implementación y adherencia al 100% de estos sistemas.

Conocedores de la situación actual de la ESE Moreno y Clavijo, debemos estar prestos a mejorar la efectividad en las actividades propuestas por la institución, lo cual contribuirá a cumplir a satisfacción con los objetivos, metas y políticas planteadas dentro de la misma.

Atentamente,

LIDIA MARICELA ORTIZ HERNANDEZ

Asesora de Control Interno
Gestión Integral de control

Elaboró: Lidia Maricela Ortiz H.



Calle 21 No 20 - 14.
Parque Central
Arauca - Arauca



(7) 885 7915
(7) 885 7916



www.esemorenoyclavijo.gov.co

VGILADO Supersalud

“Comprometidos con
el bienestar de nuestra gente”