



INFORME DE GESTIÓN

VIGENCIA 2023

INFORME EJECUTIVO

A continuación, se presenta un informe resumido de las actividades realizadas por parte de la Oficina de Control Interno de la ESE, las auditorías internas practicadas y el seguimiento a los planes de mejoramiento que levantaron los líderes de proceso auditados en función del cumplimiento del plan anual de auditorías internas

CONTROL INTERNO ESE U.N.A

Yadid Sofia Ruiz Ossio

INFORME DE GESTIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2023

La oficina de control interno de la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO, en ejercicio de sus roles de valoración del riesgo, acompañamiento y asesoría, evaluación y seguimiento, fomento de la cultura del control y relación con los entes externos, realizó durante la vigencia 2023, las siguientes actividades.

ROL FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL.

Mediante el Comité Institucional de Coordinación de control interno, se dio aprobación al Plan Anual de Auditoria de la vigencia 2023, propuesto por la Jefe de la Oficina de Control Interno, quien suscribe el presente informe.

Adicionalmente, se hizo el ajuste al procedimiento documentado “PT-CI-003 PROCEDIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO” obteniendo la versión 2, la cual fue socializada en cada acta de instalación de las auditorías practicadas en la vigencia.

RELACIÓN CON LOS ENTES EXTERNOS

Se presentó la rendición de cuentas virtual y física a la Contraloría Departamental del Atlántico dentro de los tiempos exigidos por el órgano de control. Adicionalmente, en el mes de Febrero se apoyó al equipo que atendió la auditoria practicada por la Supersalud, y posteriormente se dio soporte para la construcción de acciones e indicadores del plan de mejoramiento requerido por dicho ente de control.

En el mes de Junio se atendió auditoria financiera y de gestión practicada por la Contraloria Departamental del Atlántico, la cual culminó con la presentación de plan de mejoramiento en el mes de septiembre de 2023, dando respuesta a 10 hallazgos de tipificación administrativa.

Adicionalmente se hicieron los reportes de los siguientes Informes de ley, los cuales están disponibles en la página web en el enlace de transparencia:

- Reporte derechos de Autor
- Informe semestral de PQRSD
- Seguimiento al Plan Anticorrupción
- Informe de Austeridad en el gasto
- Evaluación independiente del Sistema de Control Interno
- Evaluación del Sistema de Control Interno Contable
- Monitoreo al Botón de transparencia

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La Evaluación al sistema de control interno en la ESE se realiza aplicando dos herramientas, una primera es la calificación de la matriz Independiente del Estado del Sistema de Control Interno de conformidad con los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, del cual se obtuvo una calificación al cierre de la vigencia 2023 de un 61% de cumplimiento, frente a una calificación a cierre del 2022 del 54%. Lo que representa un crecimiento del 7%. Este crecimiento está representado en la formulación de las políticas e instrumentos relacionadas con los procesos de TIC's y Gestión Documental.

La otra estrategia aplicada para la evaluación del sistema de control interno en la entidad es el desarrollo de las auditorías internas a los procesos de gestión, que se resume en:

1. Auditorías realizadas del plan anual de auditorias

El plan anual de auditorías de la vigencia 2023, se aprobó en reunión de Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, mediante Acta 001-2023. En este se proyectó realizar auditorías internas a 10 subprocesos de Gestión de la ESE, distribuidos así:

AUDITORIAS INTERNAS POR PROCESOS



El 50% de las auditorías realizadas se enfocaron en subprocesos de gestión financiera, para preparar la entidad ante la primera auditoría de la Contraloría Departamental del Atlántico. Al ser aprobado el recurso humano para el desarrollo de las auditorías a los procesos asistenciales, se logró auditar los subprocesos de hospitalización y cirugía consiguiendo los objetivos trazados. Producto de la auditoría se realizaron ajustes en los procesos derivado de los planes de mejoramiento presentados. Se pudo identificar que aun persisten culturas o metodologías de trabajo típicas de las extintas ESE's lo que generó todo un proceso de reinducción en el personal sobre los instrumentos de registro en los subprocesos de hospitalización y cirugía. Es necesario que los líderes de cada sede sigan trabajando en el proceso de una cultura de red con procesos e instrumentos estandarizados.

Una vez cumplida la vigencia el equipo auditor de la oficina de Control Interno, compuesto por la suscrita, un profesional especializado en áreas financieras y contables y una persona de apoyo con experiencia en auditoría y manejo de entes de control y un médico especializado de la planta de personal, realizamos 9 auditorías de las 10 programadas, cumpliendo con un 87% de del Plan propuesto, de una expectativa de cumplimiento de al menos un 80%.

Dentro de los procesos de auditoría interna en la ESE persisten algunas dificultades, como son las continuas solicitudes de aplazamiento y prórroga de los líderes de los procesos auditados para la presentación de descargo y construcción de indicadores. Algunos líderes requirieron de mucho acompañamiento ya que no habían participado con anterioridad en procesos de auditoría.

Adicionalmente a las auditorías programadas, por solicitud de la gerencia se realizó auditoría express al servicio de traslado asistencial (Básico y Medicalizado).

2. Planes de mejoramiento.

De las nueve (9) auditorías realizadas a lo largo de la vigencia 2023 sobre los procesos o subprocesos que se detallan en la tabla 1, se solicitó a los líderes de estos la formulación de planes de mejoramiento, de tal manera que se generaran acciones que dieran solución a las observaciones levantadas. La tabla resume el estado de los planes de mejoramiento requeridos.

NO.	PROCESO O SUBPROCESO	FECHA INF DEFINITIVO	NO. OBSERVACIONES	FECHA PLAN MEJORAMIENTO	ESTADO PLAN DE MEJORAMIENTO
1	Auditoría Especial Caja Menor Gerencia	31-07-2023	5 (2 requieren plan)	No presentó	Sin presentar
		30-11-2023	Sin observaciones	No requiere	N/A
	Auditoría Especial Caja Menor Dir. Administrativa	31-07-2023	7 (6 requieren plan)	No presentó	Sin presentar
		22-12-2023	15 (13 requieren plan)	11-01-2024	Devuelto para reformulación
2	Arqueos a cajas (Sedes).	13-04-2023	0	No requiere	N/A
		31-08-2023			
3	Evaluación y Verificación del subproceso de Cartera	30-11-2023	4 (3 requieren plan)	No presentó	Sin presentar
4	Auditoría Gestión Documental e instrumentos archivísticos	3-11-2023	8	7-12-2023	Aprobado notificado
5	Auditoría a proceso de planificación financiera (Presupuesto)	30-11-2023	6	No presentó	Sin presentar
6	Auditoría proceso de Gestión de bienes muebles (bodegas, suministros)	19-12-2023	5	26-01-2024	Aprobado notificado
7	Auditoría a subproceso de Atención Hospitalaria	28-08-2023	38	29-12-2023	Aprobado notificado
8	Auditoría a subproceso de Atención Quirúrgica	24-11-2023	21	29-12-2023	Aprobado notificado
9	Auditoría a subproceso de Referencia y	No se realizó	0	N/A	N/A

	Contrarreferencia de pacientes				
10	Auditoría a Registros de la prestación de servicio en salud cubiertos con las firmas aliadas	Auditoría abierta	0	N/A	N/A

Tabla 1 - Tabla 1 Auditorías internas realizadas año 2022

Los planes de mejoramiento presentados y aprobados tienen programadas sus acciones de mejora para ser ejecutadas en la vigencia 2024, por tanto, a cierre del informe no se presentaron seguimientos.

Los planes de mejoramiento presentados en la vigencia 2023, correspondiente a auditorías realizadas en la vigencia 2022 por los líderes de los procesos de gestión de la calidad, facturación, egresos se cerraron con los siguientes resultados:

Calidad: cinco (5) hallazgos levantados con seis (6) acciones de mejora documentadas. Se cierran dos (2) acciones con eficacia y cuatro (4) acciones cierran sin eficacia.

Facturación: siete (7) hallazgos levantados con veinte (20) acciones de mejora documentadas. Se cierran diecisiete (17) acciones con eficacia y tres (3) acciones sin eficacia.

Egresos: cuarenta y nueve (49) hallazgos levantados con setenta y tres (73) acciones de mejora documentadas. Se cierran las setenta y tres (73) acciones sin eficacia.

ACOMPañAMIENTO Y ASESORIA

- Asesoría a los miembros de Comité de Sostenibilidad contable, en lo relacionado a las estrategias para la formulación del manual de políticas contables.
- Asesoría a la Dirección TIC's en el cumplimiento y calidad de la información a reportar en el botón de transparencia de la ESE.
- Acompañamiento a la Subgerencia técnico-científica en la construcción de la matriz de riesgos en salud.

RECOMENDACIONES

Al cierre de la vigencia 2023, después de evaluar los resultados de las auditorías, de analizar la calidad de los registros, evidencias, los resultados a los seguimientos de los planes de mejoramiento que se presentaron, se puede determinar que el sistema de control interno de la ESE aun es débil por los siguientes aspectos:

DEBILIDADES DE LOS PROCESOS Y SCI	RECOMENDACIONES OCI
1. Inexistencia de la caracterización de los procesos de la ESE, como herramienta de gestión para la identificación de los responsables de los procesos, el	• Formular un plan de trabajo para la construcción de las caracterizaciones de los procesos y el levantamiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

<p>producto a entregar y la calidad de este, la frecuencia de entrega y sobre todo la identificación de los riesgos inherentes a estos, que permitan generar las estrategias o actividades de control para minimizarlos o controlarlos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar la matriz de riesgos de gestión y la política de administración de riesgos de la entidad. • Levantar los planes de acción de la implementación de los subsistemas de gestión de riesgos (SARLAFT, SICOF, SALUD, SARO, GRUPO, SARL, SARC, MERCADO y ACTUARIAL).
<p>2. Desarticulación en algunos procesos por falta de directrices o lineamientos y su respectiva socialización (manuales, políticas, procedimientos) en los que se describan el flujo de las actividades y registros de los procesos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamiento, Formalización y socialización de los Manuales de procesos y procedimientos, Manual de Contratación, Manual de políticas contables, Manual de Gestión de bienes, etc. • Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
<p>3. Escasos seguimientos a los planes institucionales formulados para el cumplimiento de los objetivos</p>	<p>Establecer la frecuencia de calificación, reporte y socialización de los resultados de los planes institucionales.</p>
<p>4. Débil correlación entre los planes institucionales formulados en la vigencia 2023.</p>	<p>Los planes institucionales deben estar correlacionados entre sí, Presupuesto con Plan Anual de Adquisiciones, Plan de Acción, Plan de Mercadeo y Ventas, Plan Operativo Anual y estos con el Plan de Desarrollo Institucional.</p>
<p>5. Publicación extemporánea de la información pública. Lo que puede repercutir en sanciones para la entidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar la publicación oportuna de la contratación de la ESE en los portales de ley, SIA Observa y SECOP. • Normalizar la publicación oportuna de los estados financieros de la Entidad en el botón de transparencia, conforme a la Resolución 182 de 2017 de la Contaduría General de la Nación y la ejecución presupuestal histórica anual como lo establece la Ley 1712 de 2014.
<p>6. Debilidad en la gestión de los documentos que soportan el informe de supervisión de los contratistas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formación a los supervisores de contrato sobre las responsabilidades que adquieren con la designación. La gestión de los documentos que soportan el informe de supervisión y La conformación del expediente contractual. • Los contratos que se adjudiquen por monto agotable indistintamente de ser persona natural o jurídica deberían contener en el informe del supervisor el detalle de los consumos que soporten el valor que se autoriza o reconoce en la factura o cuenta de cobro.
<p>7. Debilidades en el proceso de gestión de PQRSD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atender las PQRSD en la oportunidad establecida por la normatividad vigente y en el procedimiento adoptado por la entidad. • Caracterizar las peticiones (solicitud de información) de las Extintas ESE´s de manera independiente a las recibidas por atenciones de la ESE UNA.
<p>8. Gestión de tramites</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar la entidad en la plataforma SUIT y cargar los tramites que adelanta la entidad. • Generar los reportes de gestión de los tramites que realiza la entidad.

<p>9. Maduración del proceso de gestión de documental.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Organización de los archivos de gestión conforme a las TRD convalidadas.• Conformación de los Expedientes Contractuales de conformidad con la norma de archivo.• Capacitación al personal que gestiona documentos en el manejo de archivos de gestión.• Poner en funcionamiento la Ventanilla Única de atención.
--	---

Tabla 2 – Debilidades vs Recomendaciones

Informe presentado el 27 de Febrero de 2024, por la Jefe de la Oficina de Control Interno.


YADID SOFIA RUIZ OSSIO
Jefe Oficina Control Interno
ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO