



ESE

# HOSPITAL DEL SUR

## I T A G Ü Í

**Informe Pormenorizado de Control Interno noviembre 12 de  
2018 a marzo 12 de 2019**

**Ley 1474 de 2011 - artículo 9**

Oficina de Control Interno  
Itagüí, marzo 12 de 2019

## INTRODUCCIÓN:

El presente informe consolida resultados y conclusiones del seguimiento a la gestión institucional de noviembre de 2018 a marzo de 2019 y busca, especialmente con observaciones y recomendaciones aportar a la permanente mejora de la gestión institucional.

Según el Decreto 1499 de 2017, la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. Los representantes legales y jefes de organismos de las entidades a las que les aplica la Ley 87 de 1993 medirán el estado de avance del Modelo Estándar de Control Interno.

Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces realizarán la medición de la efectividad de dicho Modelo, con fundamento en los siguientes componentes:



### 1.1 TALENTO HUMANO

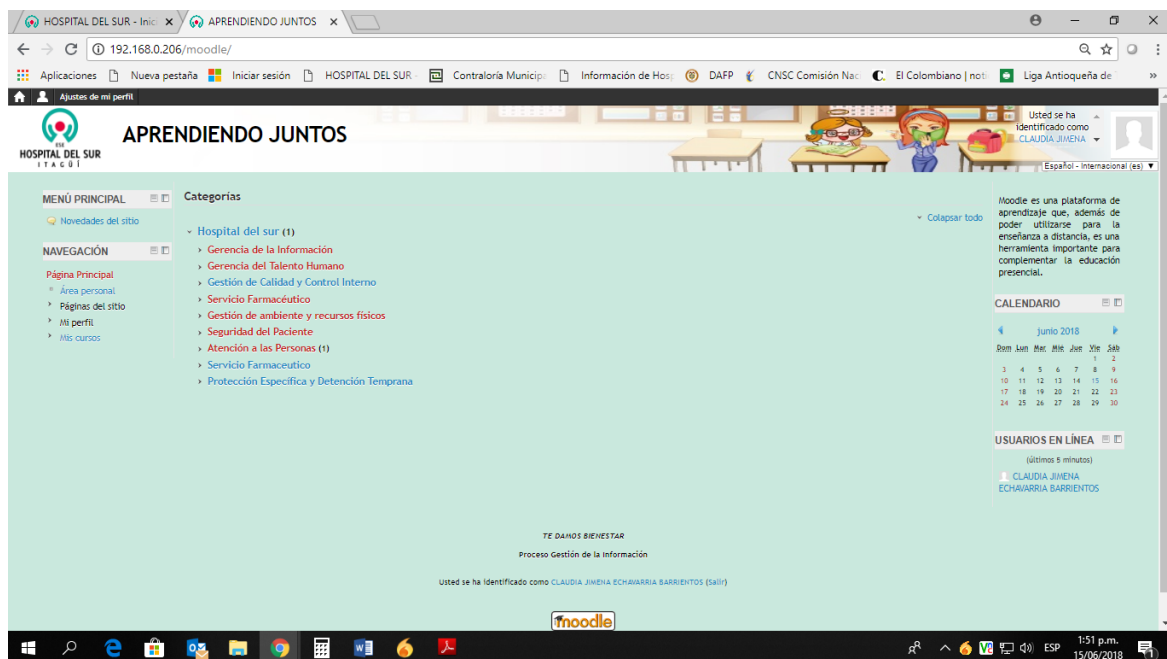
#### ***Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos***

Para el desarrollo de éste componente, se concertó con cada líder de los procesos, que a partir del 15 de noviembre quedará en firme el sistema de evaluación del personal que se encuentra vinculado en provisionalidad y libre nombramiento y remoción (para éste último, quienes no sean gestores públicos), esto con el fin concertar compromisos y acuerdos del talento humano que impacten el cumplimiento de las metas y objetivos de la planeación de la Entidad. Dichos compromisos se encuentran en su totalidad concertados, nos encontramos en período de recolección de evidencias para el primer seguimiento a funcionarios provisionales con relación al cumplimiento de los compromisos concertados desde el Manual de Funciones.

## Desarrollo del Talento Humano

Para éste componente el Área de Talento Humano, implementó con su correspondiente aprobación el Plan Institucional de Entrenamiento y Formación, por medio del cual se pretende transmitir conocimientos a través el entrenamiento específicos relativos al trabajo que cada uno desempeña, con aspectos de la organización, de las tareas y del ambiente desarrollando habilidades para el logro de mejorar el rendimiento y el desempeño de los Funcionarios.

Las actividades observadas en el presente seguimiento, son la programación de los proyectos de aprendizaje en equipo, las cuales se soportan en una plataforma virtual con la dirección de acceso <http://192.168.0.206/moodle/>.



The screenshot shows a web browser window displaying the Moodle LMS interface. The browser's address bar shows the URL <http://192.168.0.206/moodle/>. The page title is "APRENDIENDO JUNTOS" and the user is logged in as "CLAUDIA JIMENA". The interface includes a navigation menu on the left with options like "Página Principal", "Área personal", and "Mis cursos". The main content area displays a list of categories under "Hospital del sur (1)", including "Gerencia de la Información", "Gerencia del Talento Humano", "Gestión de Calidad y Control Interno", "Servicio Farmacéutico", "Gestión de ambiente y recursos físicos", "Seguridad del Paciente", "Atención a las Personas (1)", "Servicio Farmacéutico", and "Protección Específica y Detención Temprana". A sidebar on the right contains a calendar for June 2018 and a list of users online, including "CLAUDIA JIMENA" and "ECHAARRIA BARRIENTOS". The footer of the page features the Moodle logo and the text "TE DAMOS BIENESTAR" and "Proceso Gestión de la Información".

Es importante tener en cuenta que la actividad se cumplió en un 100%, con fundamento en la evaluación de Planes realizada en el Comité de Gestión y Desempeño.

Por su parte, se continuaron las actividades desarrolladas en ejecución de los Programas de

Bienestar, Seguridad y Salud en el Trabajo, Entrenamiento , son:

- Conmemoración de días especiales (despedida compañeros)
- Jornada de reinducción
- Celebración anual del día del Funcionario
- Reconocimiento de cumpleaños de los servidores del mes – se comparte por correo electrónico una tarjeta de cumpleaños
- Evaluación en el MOODLE
- Sistema de evaluación a los Funcionarios de Carrera y concertación de compromisos con provisionales
- Inducciones de Docencia Servicio
- Estudio de capacidad instalada de docencia servicio



## 1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Continuamos con la categorización en riesgo alto realizada el 30 de mayo, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 00002249 de 2018, de las Empresas Sociales del Estado del nivel Territorial para la misma vigencia. Para el caso de la ESE Hospital del sur GJP., la Entidad presentó oportunamente la formulación del PGIR Plan de Gestión Integral del Riesgo Financiero, con la finalidad de generar estrategias de reducción del gasto, saneamiento de pasivos e intensificar las medidas de austeridad del gasto. Sin embargo éste aún no ha sido aprobado.

De conformidad con lo anterior se ha gestionado las siguientes acciones:

- En virtud del Convenio Marco para el fortalecimiento de los recursos y la gestión y el apoyo con recursos suscrito el 13 de septiembre de 2018, entre el señor Alcalde Municipal y la Gerente de la ESE Hospital del Sur GJP, se han adelantado las siguientes gestiones
  1. Apoyar la construcción de estrategias para la Defensa Judicial: la Alcaldía de Itagüí, ha dispuesto el software PRO, próximamente el Hospital contará con un sistema de información que permitirá sistematizar la información de procesos judiciales.
  2. Apoyar el fortalecimiento de las comunicaciones externas. Con fundamento en lo convenido, la Practicante Sara Restrepo presentó los siguientes avances: propuesta aprobada de Plan de Comunicaciones Institucional 2019, activación de redes sociales, renovación carteleras, Boletín institucional, participación en Comité de Gobierno en Línea y Datos Abiertos.

3. Apoyar con recursos físicos, humanos y financieros, los diferentes aspectos misionales y administrativos que requiera la ESE. En virtud a éste compromiso, la Alcaldía de Itagüí transfirió el 25 de febrero \$59.857.773 (cincuenta y nueve millones ochocientos cincuenta y siete mil setecientos setenta y tres pesos) y transfirió además el 26 de febrero \$1.275.955.762 (mil doscientos setenta y cinco millones novecientos cincuenta y cinco mil setecientos sesenta y dos pesos) para el pago a proveedores por concepto de vigencias anteriores. Adicionalmente, la entidad territorial, canceló la totalidad de las deudas contraídas por concepto de contratación de los servicios del Hospital, aliviando así las finanzas para próximas evaluaciones financieras por parte del Ministerio de Hacienda.
4. Concertación de estrategias con las diferentes secretarías de la Administración Municipal. Teniendo en cuenta éste acuerdo, la Entidad territorial celebró contrato SM 331 – 2018, el cual tuvo por objeto la prestación de servicios para la determinación del estado de embriaguez y desarrollo de actividades pedagógicas con disposición de asistencia profesional, tecnológica y logística tendientes al fortalecimiento de las estrategias municipales de salud pública asociadas a la prevención de siniestros viales por causas asociadas al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, el día 08 de noviembre de 2018, por valor de \$900.000.000.00 (novecientos millones de pesos).

Una de las más significativas medidas de austeridad fue continuar operando únicamente con el personal de Planta. De ahí que de 75 personas contratadas mediante terceros como ASCOLSA, SINTRASAN, ASEAR y EUROVIC, a la fecha de seguimiento solo se cuenta con 35 empleados contratados por ASCOLSA, ASEAR y EUROVIC. Sin embargo, se observa que no existe un ahorro significativo, ya que se presenta un incremento de la carga prestacional y las horas extras de servicio del personal de planta, así:

<b>GASTO DE PERSONAL (IV TRIM 2018 - IV TRIM. 2017)</b>			
<b>TIPO VINCULACIÓN</b>	<b>2,018</b>	<b>2,017</b>	<b>DIFERENCIA</b>
PLANTA DE CARGOS	1,938,391,664.00	1,706,086,393.00	232,305,271.00
TERCEROS	237,876,573.00	474,516,977.00	- 236,640,404.00
<b>TOTAL</b>	<b>2,176,268,237.00</b>	<b>2,180,603,370.00</b>	<b>- 4,335,133.00</b>

## Acuerdos de Gestión

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993 y demás normas concordantes debe efectuar cada año la verificación de la suscripción y evaluación de los acuerdos de gestión de los gerentes públicos de la Entidad; para lo cual, tendrá en cuenta el artículo 50 de la Ley 909 de 2004 “Acuerdos de gestión”, su Decreto reglamentario 1227 de 2005 (art. 112) y el Decreto 2539 del mismo año, así como la “Guía Metodológica para la Elaboración de un Acuerdo de Gestión”.

Como parte del avance en su implementación, se celebró Acuerdo de Gestión con el único gestor público que tiene la Entidad, Doctor Alexander Cardona, quien funge como Subgerente Administrativo y Financiero. Dicho acuerdo se celebró el día 04 de octubre de 2018.

**PLANES Y PROGRAMAS.** Para la fecha de presentación del presente informe pormenorizado de control interno, se presenta la medición de los planes comprendidos entre los meses julio, agosto y septiembre. Por lo anterior, a continuación se relaciona la última medición realizada en la vigencia 2018, así:

N°	PLAN DE TRABAJO COMITÉS	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ACUMULADO
1	Comité de Responsabilidad Social	85%	0%	0%	reevaluación	
2	Comité de Archivo	en construcción	60%	0%	60%	40%
3	COVE y Estadísticas Vitales	96%	70%	87%	67%	80%
4	Comité de Etica Hospitalaria	0% NO PUDO SER MEDIDO	83%	88%	79%	83%
5	Comité Gobierno en Linea y Datos Abiertos	REEVALUADO	63%	67%	82%	71%
6	Comité Compras	80%	83%	76%	86%	81%
7	Seguridad en el Trabajo	100%	92%	92%	86%	93%
8	Comité IAMI Integral	80%	92%	100%	88%	90%
9	Comité de Humanización	100%	93%	91%	89%	93%

10	Comité de Historias Clínicas	83%		86%	90%	86%
11	Comité de Farmacia y Terapéutica COFYTE	57%	58%	84%	95%	74%
12	Comité de Glosas	77%	77%	92%	95%	85%
13	Comisión de Personal	100%	90%	88%	95%	93%
14	COPASST	100%	93%	98%	96%	97%
15	Comité GAGAS	97%	97%	88%	98%	95%
16	Plan anual de Adquisiciones	implementación de seguimiento			100%	100%
17	Emergencias	100%	97%	100%	100%	99%
18	Comité Docencia Servicio	100%	95%	92%	100%	97%
19	Comité de Convivencia	78%	96%	100%	100%	94%
20	Comité de Bienestar Social	100%	98%	88%	100%	97%
21	Comité Seguridad-Tecnovigilancia	100%	100%	100%	100%	100%
	<b>PROMEDIO MEDICIÓN PLANES DE TRABAJO</b>	<b>90%</b>	<b>81%</b>	<b>81%</b>	<b>90%</b>	<b>86%</b>
<b>N°</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN</b>	<b>I TRIM</b>	<b>II TRIM</b>	<b>III TRIM</b>	<b>IV TRIM</b>	<b>ACUMULADO</b>
1	Gerencia de la información	99%	81%	84%	56%	80%
2	Laboratorio	67%	77%	88%	87%	80%
3	Gestión Financiera	80%	94%	73%	83%	83%
4	Protección Específica y Detección Temprana	88%	70%	90%	87%	84%
5	Talento Humano	90%	89%	93%	92%	91%
6	Odontología	80%	92%	100%	92%	91%
7	Gestión Integral de la Tecnología	93%	92%	92%	92%	92%
8	Gestión del ambiente y recursos físicos	88%	94%	90%	95%	92%
9	Ambulatorios	96%	90%	87%	95%	92%

10	Vigilancia Epidemiológica	91%	93%	83%	96%	91%
11	Servicio Farmaceutico	91%	91%	73%	97%	88%
12	Seguridad y Gestión del Riesgo	97%	90%	100%	98%	96%
13	Calidad	85%	87%	82%	100%	89%
	<b>PROMEDIO MEDICIÓN PLANES DE ACCIÓN</b>	<b>88%</b>	<b>86%</b>	<b>87%</b>	<b>90%</b>	<b>88%</b>
<b>N°</b>	<b>PLAN DE TRABAJO CORPORATIVOS</b>	<b>I TRIM</b>	<b>II TRIM</b>	<b>III TRIM</b>	<b>IV TRIM</b>	<b>ACUMULADO</b>
1	Participación Ciudadana	NUEVO			80%	80%
2	Asociación de Usuarios	92%	92%	67%	83%	84%
3	Divulgación de Derechos y Deberes	94%	97%	99%	83%	93%
4	Admisiones y Facturación	PLANEACION	77%	78%	86%	80%
5	Plan de auditorías	PLANEACION	84%	87%	87%	86%
6	Anticorrupción y Atención al Ciudadano	REEVALUADO		96%	90%	93%
7	Formación y Capacitación	80%	100%	80%	100%	90%
8	Inducción y Reinducción	100%	100%	100%	100%	100%
9	Matriz de Información (primaria y Secundaria)	95%	95%	100%	100%	98%
	<b>PROMEDIO MEDICIÓN PLANES CORPORATIVOS</b>	92%	92%	88%	90%	89%
<b>N°</b>	<b>POLÍTICAS</b>	<b>%</b>				
1	Política del Talento Humano	95%				
2	Politica humanización	88%				
3	Politica de gestión ambiental	91%				
4	Politica de prestación de servicios de salud	92%				
5	Politica de seguridad del paciente	92%				



6	POLITICA SEGURIDAD DE LA INFORMACION	92%
7	Política Gestion del Riesgo	93%
8	Política Financiera	95%
9	Politica IAMI integral	95%
<b>TOTALES</b>		<b>93%</b>

La interpretación de la calificación es de la siguiente manera:

- Satisfactoria: calificación igual o superior al 90% y que se resalta con color verde.
- Aceptable: calificación entre 80% y 89% y que se resalta con color amarillo.
- Regular: calificación por debajo del 79% y se destaca con color rojo.

## RENDICIÓN DE CUENTAS

La ESE Hospital del Sur G.J.P., realizó la rendición de cuentas a la ciudadanía, el día Jueves 20 de diciembre, a las 2:00 P.M en conjunto con la Secretaría de Salud y Protección Social Municipal, en el auditorio del Edificio de la Alcaldía Municipal, en la cual hubo una masiva asistencia por parte de las veedurías, líderes sociales, miembros de Asocumanales y Juntas Administradoras Locales-JAL, y Representantes de SAVIA SALUD.

La Secretaría de Salud y Protección Social - la ESE Hospital del Sur, tienen el gusto de invitarle a la

**AUDIENCIA PÚBLICA DE**  
**RENDICIÓN DE CUENTAS**

**JUEVES 20**  
DICIEMBRE - 2018  
**2:00 p.m.**

Auditorio piso 2 - Ed. Alcaldía  
Carrera 51 #51 - 55 Itagüí

 **HOSPITAL DEL SUR**  
ITAGÜÍ

 **Itagüí**  
Secretaría de Salud y Protección Social

**Sigue Avanzando**

## SISTEMA DE INFORMACIÓN:

En el trimestre analizado se reportaron 21 BUG ó casos a la firma CNT, software PANACEA

Se observa que el módulo Asistencial se encuentra en un 98% de avance en la parametrización del programa; sin embargo el módulo administrativo continúa en un 70%, aún presenta dificultades. A continuación se indica el porcentaje de avance en la última medición:

Nómina	25%
Compras	95%
Presupuesto	95%
Glosas	25%
Tesorería	95%
Activos Fijos	25%
Odontología	69%
Laboratorio	80%
Farmacia	69%

El resto de los módulos se encuentran parametrizados en un 100%, sin embargo, éste porcentaje puede disminuir debido a que cada actualización afecta el sistema.

## ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

FALLAS ADMINISTRATIVAS QUE VAN EN CONTRA DE LA TRANSPARENCIA				
OCTUBRE	EVENTOS ADVERSOS	TRANSPARENCIA	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES
Reportadas	3	1	28	14
Gestionadas	3	1	21	14
% GESTIONADOS	100%	100%	75%	100%
46				

FALLAS ADMINISTRATIVAS QUE VAN EN CONTRA DE LA TRANSPARENCIA				
NOVIEMBRE	EVENTOS ADVERSOS	TRANSPARENCIA	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES
Reportadas	2	0	37	13
Gestionadas	1	0	34	10
% GESTIONADOS	50%		91%	77%
52				

FALLAS ADMINISTRATIVAS QUE VAN EN CONTRA DE LA TRANSPARENCIA				
DICIEMBRE	EVENTOS ADVERSOS	TRANSPARENCIA	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES
Reportadas	0	0	30	6
Gestionadas	0	0	27	6
% GESTIONADOS			90%	100%
36				

Con relación a la gestión del riesgo, es importante tener el mejoramiento en el reporte, seguimiento y gestión de los riesgos, en los meses analizados del año 2018 se ha gestionaron un 89.44% de los identificados. Se han presentado para la misma vigencia, un riesgo de transparencia no materializado, toda vez que al realizar el análisis no se presentaron reportes inherentes a la corrupción.

Es importante indicar que al diligenciar el INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE el cual se reporta a la Contaduría General de Nación se pudo constatar que falta profundizar en el reporte de riesgos con el personal que se encuentra adscrito a los procesos administrativos, por lo que se requiere al Líder natural del proceso para que inicie campaña de capacitación.

## 2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### 2.1 Auditoria Interna

Este rol de evaluación independiente es desempeñado por la Oficina de Control Interno, siguiendo el programa de auditoria diseñado por la misma y aprobado por el Comité de Control Interno desde comienzos de la vigencia y direccionado en los procesos asistenciales por el Líder de Auditorías.

En el presente cuatrimestre se realizaron los seguimientos y presentación de informes conforme a lo legalmente establecido. Entre otros se mencionan: Seguimiento Estrategia de Anticorrupción y Servicio al Ciudadano con un 92% de cumplimiento en la vigencia 2018 (promedio), las auditorías Externas por parte de la Contraloría Municipal de Itagüí principalmente la auditoría regular de la vigencia 2017 realizada en el 2018, donde el Plan de Mejoramiento va en un 82% de cumplimiento y se realizó auditoría a la Contratación de la Entidad de aquellos contratos celebrados en el año 2018, se presentó informe de Austeridad en el Gasto y Arqueo a Caja Menor.

De la misma manera, se realizó seguimiento al cumplimiento de la Rendición de Informes ante diferentes Entidades de Control. Al respecto, la Entidad cumple con un 98% en la oportunidad de presentación. Para alcanzar un 100% de cumplimiento, la Entidad en Comité de Gestión y Desempeño requirió reunión con la Registraduría de Itagüí para la asignación de impresora que permitiera el registro de nacidos dentro de la Institución, compromiso que se ha venido cumpliendo y en la actualidad se está en proceso de capacitación e instalación del equipo para el cumplimiento del informe.

Se ha realizado plan de mejoramiento para la rendición en la cuenta en el Portal Gestión Transparente y SECOP, toda vez que el 80% de la contratación se rendía de manera extemporánea. Actualmente para la vigencia 2019 de 39 contratos celebrados, uno reporta extemporaneidad al cual se le realizó el correspondiente seguimiento:

SUETO DE CONTROL	REGIÓN	MUNICIPIO	CÓDIGO CONTRATO	FECHA ACTA INICIO	FECHA SUSCRIPCIÓN	FECHA RENDICIÓN	VALOR CONTRATO	TIPO CONTRATO	
ESE HOSPITAL DEL SUR	Valle de Aburrá	Itagüí	PS-003-2019	09/01/2019	01/01/2019	08/01/2019	\$205,291,153.00	Contrato	1 día extemporáneo

Para las meses: octubre, noviembre y diciembre de 2018, no se rindió extemporáneamente la información

## 2.2 Planes de Mejoramiento

En el trimestre evaluado los siguientes procesos han iniciado la ejecución de sus Planes de Mejoramiento:

Nº	PLAN DE MEJORAMIENTO	%
----	----------------------	---

1	TERCEROS: SEGURIDAD Y VIGILANCIA	68%
2	ODONTOLOGÍA:	68%
3	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:	89%
4	AMBULATORIO:	82%
5	URGENCIAS:	82.50%
6	LABORATORIO:	86%
7	TERCEROS: ALIMENTACIÓN	89%
8	SERVICIO FARMACÉUTICO	94%
9	TALENTO HUMANO	94%
10	AMBIENTE FÍSICO:	96%
11	HOSPITALIZACIÓN:	96%
12	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA:	97%
13	MEDICO EN CASA	100%

### **Eje Transversal – Información y Comunicación**

Con relación a éste componente se encuentra con un avance significativo, toda vez que se reevaluó el Comité de Gobierno en Línea y se Creó el Comité de Datos Abiertos el cual se reúne de manera continua. Ver resolución interna 168 de 2018.

Se construyó un Plan de Trabajo de comunicaciones internas y externas para la vigencia 2019. Las redes sociales se encuentran activas para informar a la comunidad de los principales eventos que lleva a cabo la Entidad, sin embargo la página web pese a su nueva formulación, aún cuenta con problemas de seguridad.

Otro de los avances en éste componente es la adopción del PETI mediante acto administrativo para la vigencia de la actual Gerencia.

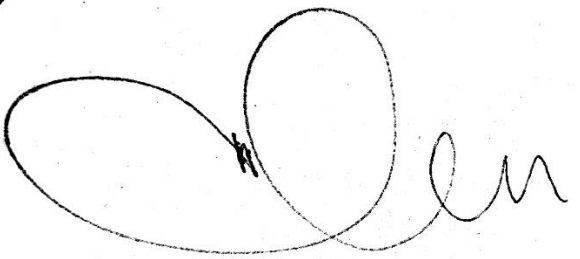
### **Conclusiones y recomendaciones de la Oficina de Control Interno**

- ✓ Fortalecer la Gerencia de la Información y la gestión documental para garantizar la seguridad, la trazabilidad de los documentos y la información Institucional, en especial prevenir la materialización de los riesgos por pérdida de información y sus consecuencias institucionales, además, se requiere de espacios adecuados para el cumplimiento de la Ley de archivo, teniendo en cuenta que existe

documentación física como las historias clínicas con un tiempo de retención de 20 años y que no cumple con lo dispuesto en la normatividad. Se resalta como avance, el nuevo Plan de Archivo liderado por la nueva funcionaria de dicho proceso, Gloria Uribe quien se encuentra ejecutando sus actividades.

- ✓ Es importante realizar el debido Mantenimiento Hospitalario en las sedes de la Entidad, ya que los costos y riesgos incrementarían considerablemente si no se toman medidas para el mejoramiento de las condiciones de habilitación y prestación del servicio. Tener en cuenta que la sede San Pío, se encuentra operando las 24 horas al día, por lo que el deterioro de usabilidad es mucho mayor. Como avance contamos con dos funcionarios adscritos a la Asociación ASEAR, quienes con su esfuerzo han realizado reparaciones locativas para el mejoramiento de las sedes con los materiales que se han podido gestionar
- ✓ Es importante resaltar, que de contar con un Profesional médico que contribuya con la auditoría de cuentas médicas y de adherencia a guías y protocolos, se podría realizar un análisis de la pertinencia de los servicios tanto en la consulta como en los medicamentos prescritos a cada paciente.
- ✓ Continuar la labor realizada por quienes integran el proceso de Gestión del Ambiente Físico, ya que sin costo alguno, han gestionado la ejecución del Plan de Intervención al riesgo psicosocial como consecuencia de la aplicación de las baterías del Ministerio del Trabajo en virtud del Decreto 472 de 2015.
- ✓ Se recomienda conservar las medidas de austeridad en el gasto público y las demás medidas en cumplimiento del PGIR en la compra de medicamentos y material médico quirúrgico como lo indica el último informe de austeridad en el gasto público
- ✓ Continuar con la realización del Comité de Conciliación para el análisis de casos y toma de decisiones.
- ✓ Nuevamente se sugiere analizar los casos identificados por el Área Jurídica para la interposición de Acciones de Repetición en contra de los Funcionarios y en los términos de Ley
- ✓ Se recomienda analizar desde el área jurídica la aplicación de la nueva Ley 1952 de 2019 Código Disciplinario para la adopción de los nuevos cambios
- ✓ Se debe realizar la circularización y recuperación de cartera para el saneamiento de las finanzas y el déficit de la Entidad ya que se evidencia que pueden realizarse mayores gestiones al respecto.
- ✓ La Oficina de Control Interno realiza confirmación de los saldos en bancos y concilia con los registros respectivos de los documentos soporte como acción de mejora implementada en consideración a los hallazgos de la Contraloría

- ✓ Se realiza seguimiento a la ejecución presupuestal por parte de la oficina de control interno de manera trimestral, como herramienta se tiene el seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones y los informes de austeridad del gasto comparando compromisos presupuestales en los períodos analizados.
- ✓ Es importante exaltar que se actualizaron los procesos y procedimientos que se encuentran en Isolucion, especialmente aquellos que corresponden al área financiera
- ✓ Se debe continuar implementando acciones de mejoramiento en el proceso de aprobación de garantías y pólizas para los contratos.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'C' followed by the name 'Jimena Barrientos' in a cursive script.

**CLAUDIA JIMENA ECHAVARRIA BARRIENTOS**  
Jefe Oficina de Control Interno