



**ESE**

# **HOSPITAL DEL SUR**

## **I T A G Ü Í**

**Informe Pormenorizado de Control Interno Julio –  
Septiembre 2018**

**Ley 1474 de 2011 - artículo 9**

Oficina de Control Interno  
Itagüí, 12 de noviembre de 2018

## INTRODUCCIÓN:

El presente informe consolida resultados y conclusiones del seguimiento a la gestión institucional de julio a septiembre 2018 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.

#### **Desarrollo del Talento Humano**

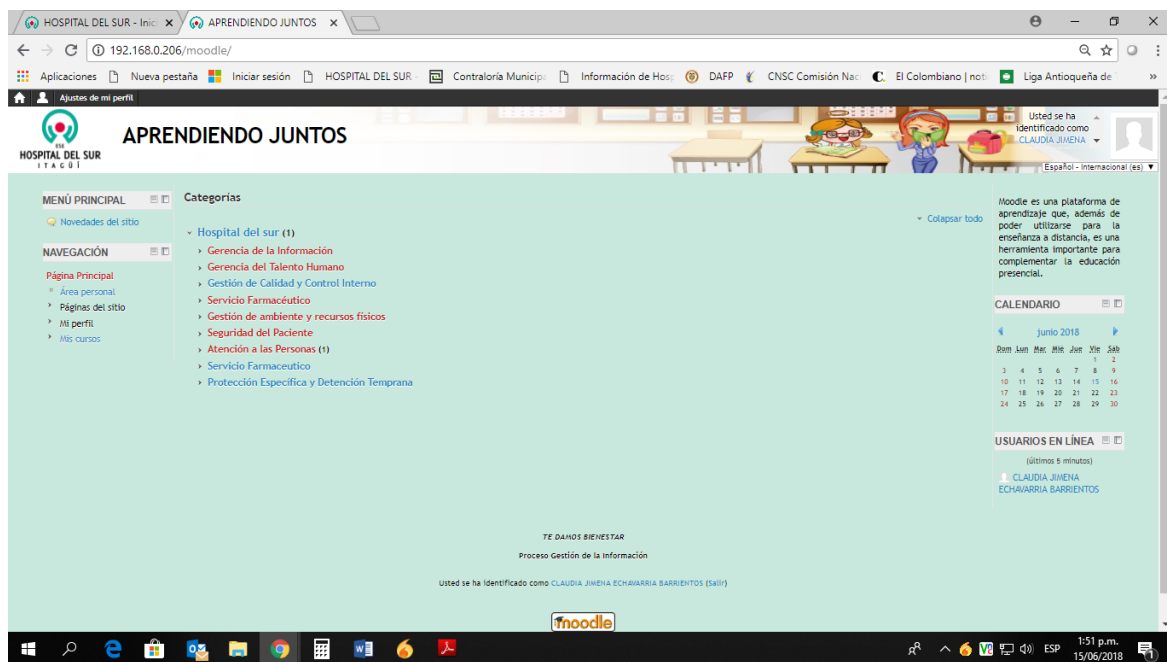
Para éste componente el Área de Talento Humano, implementó con su correspondiente aprobación el Plan Institucional de Entrenamiento y Formación, por medio del cual se pretende transmitir conocimientos a través el entrenamiento específicos relativos al trabajo que cada uno desempeña, con aspectos de la

organización, de las tareas y del ambiente desarrollando habilidades para el logro de mejorar el rendimiento y el desempeño de los Funcionarios.

Se cuenta con un avance del sistema de información PANACEA para mejoramiento del reporte de nómina, pese a los esfuerzos del área por avanzar en la implementación de la herramienta.

El personal a cargo del área de talento humano se encuentra estableciendo el proceso de inducción virtual con herramientas tecnológicas, ésta novedad se encuentra en fase de planeación con el área de gerencia de la información

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/>.



Algunos ejemplos de actividades desarrolladas en ejecución de los Programas de Bienestar, Seguridad y Salud en el Trabajo, Entrenamiento, son:

- Brigadas de emergencias
- Simulacros de emergencias
- Conmemoración de días especiales (despedida compañeros)
- Reconocimiento de cumpleaños de los servidores del mes – se comparte por correo electrónico una tarjeta de cumpleaños
- Curso virtual y evaluación en el MOODLE
- Sistema de evaluación a los Funcionarios de Carrera.
- Reuniones de Docencia Servicio
- Convocatoria Comité de Convivencia Laboral.
- Jornada limpieza de manos e higienización.



## 1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El 30 de mayo, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 00002249 de 2018, efectuó la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel Territorial para la misma vigencia. Para el caso de la ESE Hospital del sur GJP., categorizó en riesgo alto y le ordenó 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.

Seguidamente y a partir del decreto 1107 del 03 agosto 2018, por medio del cual se nombra y posesiona una nueva Gerente del Hospital, doctora Patricia Vásquez Castillo, se modifican las condiciones gerenciales estratégicas para asumir la recategorización del riesgo financiero aludido.

De conformidad con lo anterior, la nueva gerencia propone las siguientes estrategias de direccionamiento financiero:

1. Establecer compromisos de cooperación interadministrativos entre la ESE y las diferentes dependencias del ente territorial y/o otras.
2. Racionalizar el gasto del personal y de funcionamiento durante el periodo.
3. Establecer estrategias de pago de pasivos con el apoyo del ente municipal.
4. Fortalecer la gestión de cartera mediante la implementación de mecanismos de cobro según las políticas del manual de cartera-
5. Presentar proyecto externo orientado a la renovación de activos y tecnología.

6. Implementar mecanismo de control en todos los procesos que permita la disminución del gasto.

Para el cumplimiento de dichos compromisos se ha gestionado las siguientes acciones:

1. Para el 13 de septiembre de 2018, se firma entre el señor Alcalde Municipal y la Gerente de la ESE Hospital del Sur GJP, Convenio Marco para el fortalecimiento de los recursos y la gestión y el apoyo con recursos a ésta última en aras de contribuir con el fortalecimiento de los procesos y procedimientos a su cargo para la prestación de un mejor servicio. Los compromisos con dicho Convenio son:
  - Apoyar la construcción de estrategias para la Defensa Judicial.
  - Apoyar el fortalecimiento de las comunicaciones externas.
  - Apoyar la construcción de estrategias para el fortalecimiento de la Gestión Documental.
  - Apoyar con recursos físicos, humanos y financieros, los diferentes aspectos misionales y administrativos que requiera la ESE.
  - Concertación de estrategias con las diferentes secretarías de la Administración Municipal.
2. Teniendo en cuenta que el presupuesto programado para la vigencia 2018 se agotó para el primer semestre, la Junta Directiva decide que la ESE Hospital del Sur GJP, debe 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.
3. El Municipio de Itagüí, con la Resolución 43533 del 26 de Junio de 2018 por valor de Mil Ciento Veinticinco Millones Setecientos Cuarenta y Un Mil Seiscientos Veintiocho Pesos M/L (\$1.125.741.628,00), ayuda a la ESE Hospital del Sur G.J.P., para pago de proveedores y pasivos de vigencias anteriores lo que impacta favorablemente al PGIR. Adicionalmente, en el Marco Fiscal de Mediano Plazo suscrito el 13 de septiembre de 2018, se incluye el compromiso de cubrimiento de Pasivo de la ESE por \$2.300.000.000, presupuestados para el desembolso en el primer semestre del año 2019 por parte de la Alcaldía Municipal.
4. Para la recuperación de cartera, se celebró contrato de asesoría con la empresa Trébol Jurídico SAS, quienes se encuentran gestionando la recuperación de cartera del 2018 y vigencias anteriores con la EPS COOMEVA, el cual asciende a la suma de ciento treinta y siete millones ochocientos noventa y nueve mil novecientos ochenta y ocho pesos (\$137,899,988.00).
5. La ESE Hospital del Sur “Gabriel Jaramillo Piedrahita” como Institución Prestadora de Servicios de Salud debe enmarcarse en la normativa vigente,

además de garantizar los atributos de calidad para los servicios ofrecidos. Por ello es una prioridad y se hace necesario realizar el fortalecimiento de la dotación hospitalaria con la que cuenta la Institución actualmente, donde se presentan necesidades de tecnología biomédica, informática e industrial de uso hospitalario.

A continuación, se resume las necesidades presentada a la Secretaría de Salud y Protección Social, el día 08 de septiembre de 2018 como parte de la estrategia del proyecto externo orientado a la renovación de activos y tecnología, así:

TECNOLOGÍA		EQUIPO	UBICACIÓN
BIOMÉDICA	MOBILIARIO	Camilla de transporte con modificación de altura	Procedimientos sedes San Pío y Santa María
		Camilla de transporte	Sala de espera, sala de yesos urgencias
		Camilla para consultorio de Urgencias	Urgencias
	EQUIPOS	Flujómetro de Oxígeno	Sala de observación Urgencias
		Regulador de Oxígeno	Hospitalización
		Báscula portátil digital	Salud Pública
		Báscula portátil análoga	Admisiones, odontología
		Luminómetro	Todos los servicios
		Electrocardiógrafo	Urgencias, procedimientos sede San Pío, Hospitalización
		Concentrador de Oxígeno	Hospitalización
		Termo para transporte de muestras	Laboratorio
		Indicador de temperatura	Vacunación, laboratorio, almacén, farmacia, urgencias, hospitalización.
		Fonendoscopio	Consulta externa, urgencias, hospitalización.
		Cinta métrica	Consulta externa, urgencias, hospitalización.
		Tallímetro de pared	Consulta externa
		Bomba de infusión	Urgencias, Hospitalización
		Baño María	Laboratorio
		INDUSTRIAL	Inserto para cavitron

	Forceps 150	Odontología
	Forceps 151	Odontología
	Forceps 69	Odontología
	Tijera de Tejido	Odontología
	Jeringa Carpule	Odontología
	Elevador recto (Ancho, medio, delgado)	Odontología
	Endo Ray	Odontología
<b>TECNOLOGÍA</b>	<b>EQUIPO</b>	<b>UBICACIÓN</b>
<b>INFORMÁTICA</b>	Equipo de cómputo	Todos los servicios
	Computador portátil	Área administrativa
	Servidor de aplicaciones	Todos los servicios
	Firewall	Todos los servicios
	Cambio de gabinete y banco de batería para UPS	Todos los servicios
	Cámaras de seguridad (CCTv)	Todos los servicios
<b>INDUSTRIAL DE USO HOSPITALARIO</b>	Calentador eléctrico	Hospitalización, procedimientos San Pío
	Poceta de lavado quirúrgico	Hospitalización
	Aire acondicionado	Almacén, odontología sede San Pío y sede Santa María, AIEPI
	Lavador de ojos	Laboratorio
	Lámparas de emergencia	Todos los servicios
	Refrigerador para almacenamiento de medicamentos	Farmacia satélite urgencias
	Refrigerador para almacenamiento de medicamentos e insumos	Farmacia principal y Almacén
	Lectores de código de barra	Farmacia y Almacén
	Sillas ergonómicas	Todos los servicios

### 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:

<b>N°</b>	<b>PLAN DE TRABAJO COMITÉS</b>	<b>%</b>
1	Comité de Responsabilidad Social	0%
2	Comité de Farmacia y Terapéutica COFYTE	84%
3	Comité de Archivo	0%
4	Comité Operativo MECl y Gobierno en Línea	67%
5	Comité de Sostenibilidad Contable	73%
6	COVE y Estadísticas Vitales	87%
7	Comité de Glosas	92%
8	Comité de Ética Hospitalaria	88%
9	Comité de Historias Clínicas	86%
10	Comité Compras	76%
11	Comisión de Personal	88%
12	Comité IAMI Integral	100%
13	Emergencias y Seguridad en el Trabajo	100%
14	COPASST	98%
15	Comité de Humanización	91%
16	Comité Docencia Servicio	92%
17	Comité de Convivencia	100%
18	Comité GAGAS	88%
19	Comité de Bienestar Social	88%
20	Comité Seguridad- Tecnovigilancia	100%
<b>N°</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN</b>	<b>%</b>



1	Laboratorio	88%
2	Protección Específica y Detección Temprana	90%
3	Gerencia de la información	84%
4	Talento Humano	93%
5	Ambulatorios	87%
6	Seguridad y Gestión del Riesgo	100%
7	Servicio Farmacéutico	73%
8	Odontología	100%
9	Gestión Integral de la Tecnología	92%
10	Vigilancia Epidemiológica	83%
11	Gestión Financiera	73%
12	Gestión del ambiente y recursos físicos	90%
<b>N°</b>	<b>PLAN DE TRABAJO CORPORATIVOS</b>	<b>%</b>
1	Admisiones y Facturación	78%
2	Asociación de Usuarios	67%
3	Divulgación de Derechos y Deberes	99%
4	Formación y Capacitación	80%
5	Inducción y Reinducción	100%
6	Anticorrupción y Atención al Ciudadano	91%
7	Matriz de Información (primaria y Secundaria)	100%
8	Plan de auditorías	80%

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 27 de abril de 2018 en conjunto con la Secretaría de Salud y Protección Social Municipal, en el auditorio de la biblioteca Diego Echavarría Misas, en la cual hubo una

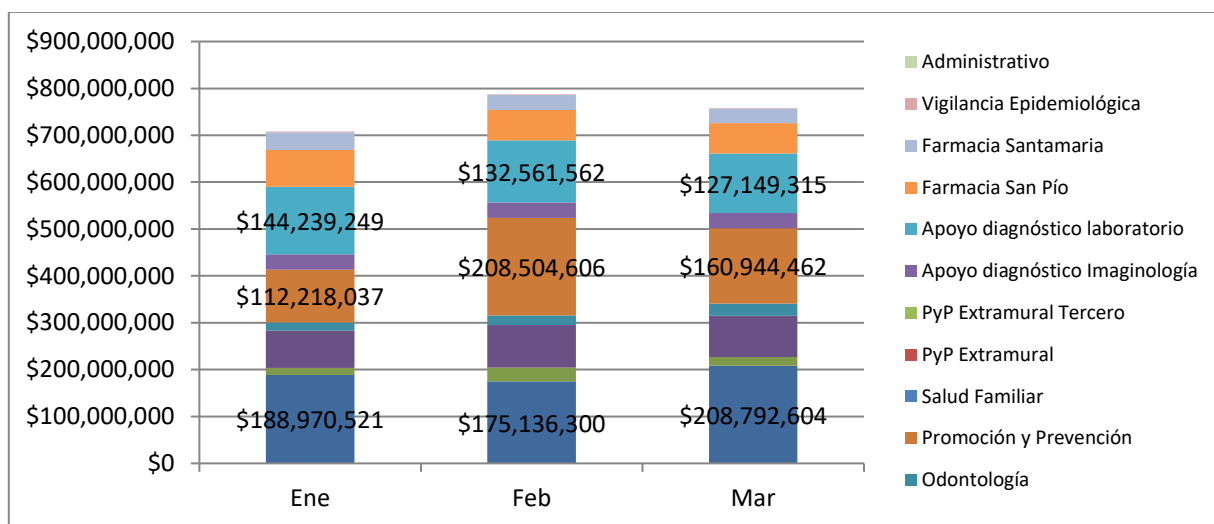
masiva asistencia por parte de las veedurías, líderes sociales, miembros de Asocumanales y Juntas Administradoras Locales-JAL, y Representantes de SAVIA SALUD. Además se realizará la rendición de cuentas ante la Corporación Concejo Municipal de Itagüí, el día 22 de junio del 2018.

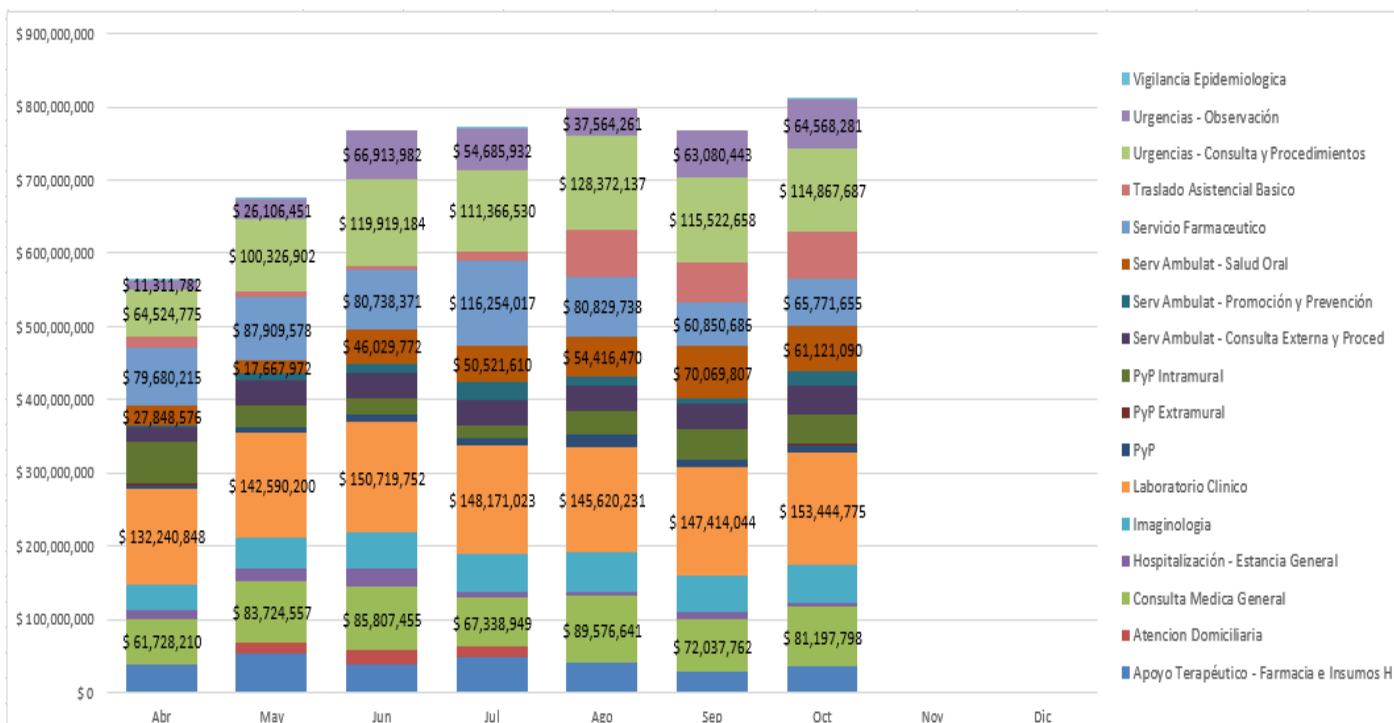
## PRODUCCIÓN DE SERVICIOS:

En el trimestre analizado se reportaron 98 casos a la firma CNT, software PANACEA, quienes han dado respuesta a 44 casos quedando pendientes 54 de ellos. Se observa que el módulo Asistencial se encuentra en un 98% de avance en la parametrización del programa; sin embargo, el módulo financiero se encuentra en no más de un 70% quedando pendientes desarrollos de gran vitalidad para la operación.

Se observa que presupuesto, tesorería, cuentas por pagar y nómina, aún continúan en operación con CNT y que se debe llevar la información en ambos sistemas de información.

A continuación se muestran en gráficas el último informe de producción de la Entidad, teniendo en cuenta la información generada por el SI Sistema de Información Financiero, así:





## ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

CONSOLIDADO				
TRIMESTRE	EVENTOS ADVERSOS	TRANSPARENCIA	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES
Consolidado	8	1	78	30
Gestionadas	100%	100%	77.75%	90%
115				

FALLAS ADMINISTRATIVAS QUE VAN EN CONTRA DE LA TRANSPARENCIA				
SEPTIEMBRE	EVENTOS ADVERSOS	TRANSPARENCIA	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES
Reportadas	1	0	28	5
Gestionadas	1	0	26	4
% GESTIONADOS	100%		92%	80%
33				

<b>FALLAS ADMINISTRATIVAS QUE VAN EN CONTRA DE LA TRANSPARENCIA</b>				
<b>AGOSTO</b>	<b>EVENTOS ADVERSOS</b>	<b>TRANSPARENCIA</b>	<b>ADMINISTRATIVOS</b>	<b>ASISTENCIALES</b>
Reportadas	4	0	21	12
Gestionadas	4	0	4	12
% GESTIONADOS	100%	0	81%	100%
37				

<b>FALLAS ADMINISTRATIVAS QUE VAN EN CONTRA DE LA TRANSPARENCIA</b>				
<b>JULIO</b>	<b>EVENTOS ADVERSOS</b>	<b>TRANSPARENCIA</b>	<b>ADMINISTRATIVOS</b>	<b>ASISTENCIALES</b>
Reportadas	0	0	18	6
Gestionadas	0	0	12	6
% GESTIONADOS	0	0	66%	100%
24				

<b>FALLAS ADMINISTRATIVAS QUE VAN EN CONTRA DE LA TRANSPARENCIA</b>				
<b>JUNIO</b>	<b>EVENTOS ADVERSOS</b>	<b>TRANSPARENCIA</b>	<b>ADMINISTRATIVOS</b>	<b>ASISTENCIALES</b>
Reportadas	3	1	11	7
Gestionadas	3	1	8	7
% GESTIONADOS	66%	100%	72%	100%
21				

Con relación a la gestión del riesgo, es importante tener el mejoramiento en el reporte, seguimiento y gestión de los riesgos, el acumulado de la gestión del riesgo en el año 2017 corresponde al 32% y en los meses analizados del año 2018 se ha gestionaron un 89.25% de los identificados. Se han presentado para la misma vigencia, un riesgo de transparencia no materializado, toda vez que se gestionó satisfactoriamente para la entidad sin consolidación en las características inherentes a la corrupción.

## **2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

### **2.1 Auditoría Interna**

Este rol de evaluación independiente es desempeñado por la Oficina de Control Interno, siguiendo el programa de auditoría 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, Planes de mejoramiento con ocasión a las Auditorías internas del año 2018, las auditorías Externas por parte de la Contraloría Municipal de Itagüí y se realizó auditoría a la Contratación de la Entidad de aquellos contratos celebrados en el año 2017, se presentó informe de Austeridad en el Gasto y Arqueo a Caja Menor.

Especial énfasis se ha dado al Plan Anticorrupción y Servicio al ciudadano, en cuyo seguimiento en los pasados meses, se encontraron errores en su formulación, por lo que con el apoyo de los líderes y coordinadores de los procesos se reformuló, se hizo el primer seguimiento, se socializó y se procedió con su correspondiente publicación.

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.

Se ha realizado plan de mejoramiento para la rendición en la cuenta en el Portal Gestión Transparente y SECOP, plan que fue remitido a la Contraloría, con los oficios dirigidos a los líderes de los procesos a cargo de la rendición, donde se les pregunta por las dificultades que han presentado y las necesidades de capacitación a fin de Gestionarlas, desde control interno se han atendido las falencias en la rendición con el acompañamiento de los Ingenieros de la Contraloría Departamental de Antioquia a cargo del sistema Gestión Transparente, El Ingeniero Carlos Cataño indicó cómo debía realizarse el cargue de los CDP y RP en cada proceso de compra. Adicionalmente, desde la Oficina de Control Interno se han brindado 3 capacitaciones en materia de contratación para el mejoramiento continuo del proceso.

**PROCESOS AUDITADOS CON INFORME DEFINITIVO:** Junto con el Líder de Calidad, se realizó auditoría a los siguientes procesos:

- Con sujeción a lo ordenado en el Decreto 1011 de 2006, Resolución 2003 de 2014, Resolución 1446 de 2006, Resolución 123 de 2012, se realizó auditoría al servicio de urgencias, atención al ciudadano, facturación, admisiones y consulta externa
- Se realizó auditoría al proceso de Gestión de la Información

- Se realizó auditoría a la contratación del año 2017
- Junto con el Líder de Calidad, se realizó auditoría al servicio de Alimentación
- Seguridad y Vigilancia con la PU de talento humano
- Se auditó con la PU En calidad, las auditorías de laboratorio
- Odontología, fue auditada con el Líder de Calidad
- Gestión Ambiente Físico, fue auditada con el Líder de Calidad
- Gestión de la Tecnología, fue auditada con el Líder de Calidad
- Talento Humano fue auditada con el Líder de Calidad
- Se tiene programado para el mes de noviembre la auditoría al proceso financiero
- Finalmente en el mes de diciembre las auditorías al proceso de calidad
- Aún se encuentra pendiente la auditoría al proceso PYD

## **2.2 Planes de Mejoramiento**

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

- Gerencia de la Información
- El área de contratación
- El servicio de Alimentación
- Seguridad y Vigilancia
- Ambulatorios
- Laboratorio
- Odontología
- Ambiente físico
- Gestión de la Tecnología

Dichos Planes aún se encuentran en tiempo de medición.

### **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 para implementar los Componentes de la estrategia Gobierno Digital junto con un plan de trabajo presentado actualmente en construcción por parte de la Practicante de Comunicaciones enviada por la Alcaldía de Itagüí, en virtud del Convenio Mario quien apoya el eje de comunicaciones. Las redes sociales se encuentran activas para informar a la comunidad de los principales eventos que lleva a cabo la Entidad y desde junio se tiene programada la publicación y puesta en

marcha de la nueva página web, la cual con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno y de Gestión, se construyó el menú y la información publicable según la normatividad vigente.

Otro de los avances en éste componente es la adopción del PETI el cual solo le falta el análisis de aquellas actividades con las cuales la Entidad no cuenta con presupuesto para ejecutar. Dicho Plan contó con la aprobación parcial en el último Comité de Gestión y Desempeño celebrado el 29 de octubre de 2018

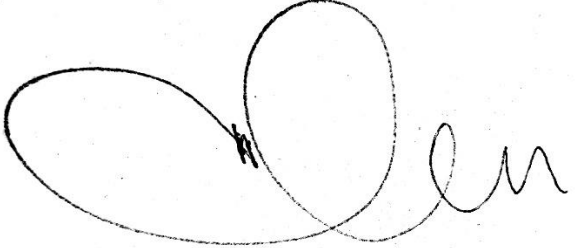
### **Conclusiones y recomendaciones de la Oficina de Control Interno**

- ✓ 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
- ✓ El servicio de farmacia ha mejorado, se encuentra en área exclusiva, independiente, de circulación restringida y segura. Actualmente COHAN no se encuentra dentro del servicio farmacéutico.
- ✓ 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.
- ✓ Se exalta 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 celebró contrato para la prestación del servicio de optometría teniendo en cuenta que en la actualidad si bien se cumple un fin social y el profesional aporta al quehacer de la Entidad, aún no se había formalizado la relación jurídica para el desempeño de su labor.
- ✓ Se recomienda conservar las medidas de austeridad en el gasto público y las demás medidas en cumplimiento del PGIR
- ✓ La Oficina de Control Interno de Gestión requirió en varias oportunidades mediante oficio y correos electrónicos, la celebración periódica del Comité de Conciliación, para llevar a cabo el análisis de las contiendas judiciales donde la Empresa es parte, las funciones detalladas por la norma transcrita. Se resalta la activación 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
- ✓ Otro de los avances es la activación del Grupo Formal de Trabajo de Control Disciplinario para iniciar los procesos a los funcionarios que cometan faltas disciplinarias.
- ✓ Se implementó el proceso relacionado con la entrega, uso, y legalización de los avances y anticipos a contratistas y funcionarios, mediante acto administrativo que facilite su control, con el propósito de detectar usos indebidos o demoras en su legalización, así mismo permitir la aplicación de lo establecido en la ley 87 de 1993.
- ✓ 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.
- ✓ Se deben actualizar todos los procesos y procedimientos que se encuentran en Isolucion, especialmente aquellos que corresponden al área financiera
- ✓ Se debe justificar suficientemente el reintegro presupuestal de los valores no ejecutados, de acuerdo al acta de liquidación y terminación de los contratos



- ✓ 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 'Jimena' and 'Barrientos' in a cursive script. A small black triangle is located to the left of the signature.

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