



**INFORME EJECUTIVO ANUAL
DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2024**



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON - HUILA**

INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2024

PROCESO

GESTIÓN DE LA MEJORA CONTÍNUA

CARLOS DANIEL MAZABEL CORDOBA
Gerente

PABLO LEON PUENTES QUESADA
Subdirección Científica

DIANA LUCIA MONTES CABRERA
Subdirección Administrativa

JAIME ORLANDO GÓMEZ GONZÁLEZ
Asesor de Control Interno

GARZON – HUILA

Pág. 2/15



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVO	4
3. ALCANCE	4
4. METODOLOGÍA	5
5. FORTALEZAS, DEBILIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA	5
6. AUDITORIAS	6
6.1 Auditoría Externa: Contraloría Departamental	6
6.1.1 Auditoría externa: Indagaciones Preliminares 2024	7
6.2 Auditoría Externa: Procuraduría 90 Judicial I Administrativa	8
6.3 Auditorías Internas: Auditoría Internas de Procesos	9
6.4 Auditorías Internas: PAMEC	10
7. CONCEPTO DE AUSTERIDAD	10
8. CONCEPTO JEFE DE CONTROL INTERNO	11
9. ENCUESTA FURAG	13
10. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG	13



1. INTRODUCCIÓN

La E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 2145 de 1999 y el artículo 5° de la Ley 87 de 1993, debe presentar un informe que contenga el resultado final de la evaluación del Sistema de Control Interno de la vigencia inmediatamente anterior, realizado por la respectiva Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, el cual, debe ser remitido por el Representante Legal al organismo de control pertinente.

El presente Informe Ejecutivo Anual de Control Interno vigencia 2024, permite asegurar el control a la ejecución de los procesos de la ESE, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su misión institucional, garantizando el control a la ejecución de la función, planes y programas de la empresa, la base de la transparencia de la actuación pública y el cumplimiento de las obligaciones de información; apoyar la construcción de visión compartida y el perfeccionamiento de las relaciones de la E.S.E. con sus grupos de interés internos y externos.

2. OBJETIVO

Presentar a la Contraloría Departamental del Huila, y a la Junta Directiva de la Entidad, el desarrollo y evolución del Sistema de Control Interno, mostrando un diagnóstico sobre el estado actual del mismo en la ESE, lo cual permitirá obtener una visión más amplia e integral, además de ajustarlo a las políticas de modernización del Estado.

Evaluar los resultados en materia de Control Interno, identificando las áreas más vulnerables dando a conocer los avances logrados en el sistema, así como el desarrollo de procesos y actividades más relevantes ejecutadas por las unidades funcionales de la ESE, que permitan el manejo correcto y transparente.

3. ALCANCE

Para la elaboración de este informe basado en la información de la vigencia 2024 de toda la ESE tanto contable, reportes de ley ante los diferentes entes de control, sistema de información y atención al usuario SIAU, sistemas de información y comunicación, planeación y gestión, de igual manera se tuvo en cuenta normas, políticas y procedimientos de auditoría; por lo tanto, se realizó una planeación y ejecución del trabajo, con una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe, lo cual servirá como instrumento de retroalimentación con fines de mejoramiento y de ejercicio de auto evaluación permanente.

4. METODOLOGÍA

Para efectos de evaluar el Sistema de Control Interno en su conjunto de la ESE, se tuvo en cuenta los siguientes mecanismos de auditoria:

- En desarrollo evaluación del Control Interno Contable de la vigencia 2024,
- Se diligencio encuesta del MECI de acuerdo a los parámetros del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP; Política general, Política planeación institucional, Política gestión estratégica de talento humano, Política integridad, Política fortalecimiento institucional, Política gobierno digital, Política seguridad digital, Política servicio al ciudadano, Política racionalización de trámite, Política participación ciudadana, Política gestión de la información y comunicación, Política transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, Política gestión documental, Política gestión del conocimiento y la innovación, Política control interno, Política INF-Gestión estratégica del talento humano y Política INF-Equidad de la mujer con base en observaciones efectuadas a los encargados de las diferentes áreas,
- El estado de cada sujeto del control interno y la disposición de cada agente para cumplir con las tareas asignadas de acuerdo con el Manual de Funciones y Competencias Laborales y el Modelo de operación por Procesos y los Manuales de Procedimientos de las unidades funcionales y servicios.
- De igual manera se dio cumplimiento a los reportes que exige la normatividad respecto a la labor de las oficinas de Control interno para el tipo de institución en este caso se trata de una Empresa Social del Estado y el nivel respectivo que es nivel II.

Para efectos de verificación y validación de la fuente de información, por política interna se publica en el sitio web de la ESE en la sección de reportes de Control Interno todos los informes que se desarrollan durante la vigencia evaluada 2024.

Link de consulta reportes de la Oficina de Control Interno:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

5. FORTALEZAS, DEBILIDADES Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO DEL SISTEMA

Fortalezas: Durante la vigencia 2024 el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul demostró un alto compromiso de fortalecimiento de las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, donde cada una de las unidades funcionales se encuentran en cumplimiento del plan de acción de MIPG.

Debilidades: Mejorar los tiempos o de entrega de todos y cada uno de los documentos y demás informes entregables entre áreas para cumplimiento al cronograma de reportes ante los diferentes entes de control, mejorar la adopción del aplicativo de extranet en relación a la ventanilla única en las unidades funcionales y servicios de la ESE, actualizar los riesgos por unidad funcional a través de los líderes de procesos, verificar los registros de los indicadores.



Acciones de mejoramiento: Durante el periodo de la vigencia 2024 en las auditorías internas realizadas se halló debilidades en cuanto a la infraestructura y adecuación de servicios, suministro de materiales, tiempos de asignación de citas para el Centro de Terapias, citas con medicina especializada, y programaciones de cirugía, soportes documentales en algunos procesos, y en especial el manejo y sistematización de inventarios tanto del área de almacén, ingeniería biomédica, y en especial el servicio de farmacia, entre las acciones de mejora se implementaron puntos de control como el manejo de un libro diario en el servicio de farmacia para apoyar la verificación del movimiento del inventario, en almacén el diligenciamiento del descargue de inventarios inmediatamente antes de entregar los insumos y así tener al día el inventario.

6. AUDITORIAS

Para la vigencia 2024 la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl a través de la Oficina de Control Interno realizó 5 auditorías internas de procesos de acuerdo al plan anual de auditoría, 2 seguimientos y acompañamientos a la Auditoría Financiera y de Gestión 2022 realizada por parte de la Contraloría Departamental del Huila, 1 un seguimiento al plan de mejoramiento suscrito por la Procuraduría 90 Judicial I Administrativa, además de las aperturas de las indagaciones preliminares No 037, 038, 048, y 050 de 2024 ante la unidad de Control Fiscal de la Contraloría Departamental del Huila.

6.1 Auditoría Externa: Contraloría Departamental

Para la vigencia 2024 la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl dio respuesta a las actividades programas en el plan de mejora resultado de la Auditoría Financiera y de Gestión 2022 realizada por parte de la Contraloría Departamental del Huila:

A 31 de enero de la vigencia 2025 se dio cumplimiento a los cargues semestrales del plan de mejora a desarrollar durante la vigencia 2024:

Enero 25 2024:

Evidencia cargue seguimiento plan de mejoramiento

The screenshot shows the SIA web application interface. At the top, there's a navigation bar with the SIA logo and the text 'CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL HUILA - Control Fiscal Visible'. Below this, there's a section for 'ADMINISTRADOR DE EXPEDIENTES' for the 'E.S.E. HOSPITAL DPTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON'. The main content area displays a table of documents uploaded for the 'Contenido del Expediente No. 002025'. The table has columns for 'Documento', 'Tamaño (KB)', 'Fecha Creación', and 'Atributos'. The documents listed include various formats like .INF, .JPG, .PDF, .FMT, .LOG, and .XLS, all with a creation date of 2024.01.25.

Documento	Tamaño (KB)	Fecha Creación	Atributos
FORMATO_202320.INF	1	2024.01.25 16:44:39	ARCHIVE
FORMATO_202320.JPG	142	2024.01.25 16:44:39	ARCHIVE
FORMATO_202320_ARCHIVO_INVENTARIO_ALEATORIO_01.PDF	901	2024.01.25 16:27:51	ARCHIVE
FORMATO_202320_ANEXO_CRONOGRAMA_SEGUIMIENTO_Y_CUMPLIMIENTO_PLAN_DE_MEJORA.PDF	998	2024.01.25 16:28:23	ARCHIVE
FORMATO_202320_CIRCULAR_INTERNA_NO_001_DE_2024.PDF	814	2024.01.25 16:28:42	ARCHIVE
FORMATO_202320_FORMATO_DE_CIERRE.JPG	142	2024.01.25 16:41:50	ARCHIVE
FORMATO_202320_FSPM2_CDH.FMT	2	2024.01.25 16:32:56	ARCHIVE
FORMATO_202320_FSPM2_CDH.LOG	1	2024.01.25 16:32:56	ARCHIVE
FORMATO_202320_FSPM2_CDH_FSPM2_CDH_ANEXO01_FSPM2_DATOS_GENERALES.XLS	165	2024.01.25 16:31:15	ARCHIVE



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5

Julio 22 2024:

SIA CONTRALORIAS – SPM 2024 SEMESTRE 1

Web interface of the SIA CONTRALORIAS system. The header shows the system name and user information: Usuario [esesanvicentepaul] (Representante): Carlos Daniel Mazabel Cordero, Expediente [0002025], E.S.E. Hospital Dptal San Vicente De Paul De Garzon. The main content area displays the 'ADMINISTRADOR DE EXPEDIENTES' for 'E.S.E. HOSPITAL DPTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON' with 'Contenido del Expediente No. 002025'. A table lists documents with columns: Refrescar, Listar Expediente, Documentos, Tamaño (KB), Fecha Creación, and Historicos. The table contains several rows of document information, including 'FORMATO_202421.INF', 'FORMATO_202421.JPG', 'FORMATO_202421_FSPM01_CDH.PMT', 'FORMATO_202421_FSPM01_CDH.LOG', 'FORMATO_202421_FSPM01_CDH_ANEXO01_DATOS_GENERALES.XLS', and 'FORMATO_202421_FSPM01_CDH_ANEXOS.PDF'. Below the table, a 'formato_202421_fspm01_cdh (6).log: Bloc de notas' window is open, showing a log of the process. The log includes details such as 'Fecha y hora de inicio del proceso', 'Archivo de ingreso', 'Entidad', 'Funcionario que rinde', 'Expediente', 'Código del Formulario', 'Vigencia de la rendición', 'Anexos Encontrados / Requeridos', and 'Descripción del Formulario'. The log concludes with 'Total de registros para incorporar', 'Total de errores', 'Hora de finalización del proceso', 'Tiempo de proceso', and '**** F I N L O G'.

Enero 25 2025:

Evidencia cargue seguimiento plan de mejoramiento

Web interface of the SIA CONTRALORIAS system. The header shows the system name and user information: Usuario [Bambertel66] (Funcionario): Jorge Humberto González Salamea, Expediente [0002025], E.S.E. Hospital Dptal San Vicente De Paul De Garzon. The main content area displays the 'ADMINISTRADOR DE EXPEDIENTES' for 'E.S.E. HOSPITAL DPTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON' with 'Contenido del Expediente No. 002025'. A table lists documents with columns: Refrescar, Listar Expediente, Documentos, Tamaño (KB), Fecha Creación, and Historicos. The table contains several rows of document information, including 'FORMATO_202320.INF', 'FORMATO_202320.JPG', 'FORMATO_202320_ACTA_INVENTARIO_ALEATORIO_01.PDF', 'FORMATO_202320_ANEXO_CRONOGRAMA_SEGUIMIENTO_Y_CUMPLIMIENTO_PLAN_DE_MEJORA.PDF', 'FORMATO_202320_CIRCULAR_INTERNA_NO_001_DE_2024.PDF', 'FORMATO_202320_FORMATO_DE_CIERRE.JPG', 'FORMATO_202320_FSPM02_CDH.PMT', 'FORMATO_202320_FSPM02_CDH.LOG', and 'FORMATO_202320_FSPM02_CDH_FSPM01_CDH_ANEXO01_FSPM01_DATOS_GENERALES.XLS'. Below the table, a navigation bar shows the current page and other pages: Institucional, Otros, 202320, 200200, 200200, 200201, 200200.

6.1.1 Auditoría externa: Indagaciones Preliminares 2024

Indagaciones Preliminares No 037, 038, 048, y 050 de 2024 ante la unidad de Control Fiscal de la Contraloría Departamental del Huila:

Pág.7/15

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570
web: hospital-departamental-san-vicente-de-paul-garzon-huila.micolombiadigital.gov.co – Email: calidad@hospitalsvpgarzon.gov.co,
gerencia@hospitalsvpgarzon.gov.co
Garzón (Huila).



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5

INDAGACIÓN PRELIMINAR	REQUERIMIENTOS	OBSERVACION	ARCHIVADA/ EN PROCESO
037 DE 2024	10	SE ENVÍO RESPUESTA POR PARTE DE LA ESE, Y SE SOLICITO ACLARACIÓN POR PARTE DEL ENTE DE CONTROL.	EL ENTE DE CONTROL MANIFESTÓ SU INTERÉS DE INICIAR EL CIERRE AL PROCESO.
038 DE 2024	6	SE ENVÍO RESPUESTA POR PARTE DE LA ESE	EL ENTE DE CONTROL MANIFESTÓ LA REALIZACIÓN DE UNA VISITA EN CAMPO.
048 DE 2024	8	SE ENVÍO RESPUESTA POR PARTE DE LA ESE	EN PROCESO
050 DE 2024	6	SE ENVÍO RESPUESTA POR PARTE DE LA ESE	EN PROCESO

6.2 Auditoría Externa: Procuraduría 90 Judicial I Administrativa

A 30 de mayo de 2024 la ESE realizó la sesión del Comité Institucional de Conciliación y en el marco de dicho comité se contó con el acompañamiento de la doctora Natalia Paola Campos Sossa Procuradora 90 Judicial Administrativa de la Ciudad de Neiva, sesión en la cual se procedió al cierre y finalización al plan de mejora entre la ESE y la Procuraduría:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL GARZÓN - HUILA NIT: 891.180.026-5	Código: C1FO1161 - 001
	ACTA COMITÉ DE CONCILIACIÓN N° 006 26-03-2024	Versión: 03
		Vigencia: 02/11/2023

Acta No. 10		Fecha: 30/05/2024			
OBJETIVO: Estudio de la viabilidad y conveniencia de presentar acuerdo conciliatorio en respuesta a la reclamación administrativa de reparación directa interpuesta por el señor Aristides Grijalba Toro y otros, relacionada con presuntas deficiencias en la atención médica brindada a la señora María Consuelo González, cuyo fallecimiento ocurrió el 08 de mayo de 2022. Este proceso se está llevando a cabo ante la Procuraduría 90 Judicial para Asuntos Administrativos, con el número de radicado interno 2024-5428.					
Nombre de la Dependencia, Proceso o Entidad que organiza la reunión: COMITÉ DE CONCILIACIÓN					
Lugar: REUNIÓN VIRTUAL					
Líder de la reunión: ASESORA JURÍDICA EXTERNA					
Hora Programada: De: 10:00 P.M.		Hora Inicio: 04:00 P.M.	Hora Terminación: 05:00 PM		
N°	Nombre	Cargo	Dependencia o Entidad	Asiste	
				Si	No
1	CARLOS DANIEL MAZABEL CORDOBA	Gerente	Gerencia	X	
2	PABLO LEON PUEENTES QUESADA	Subdirector Científico	Subdirección Científica	X	
4	ESPERANZA FIERRO VANEGAS	Subdirectora administrativa	Subdirección administrativa	X	
7	MARTHA LILIANA DIAZ DURAN	Contadora	Contabilidad	X	
8	ERNETH POLANIA TAMAYO	Jefe de la Oficina de Gestión Humana	Talento Humano	X	
INVITADOS					
1	NATALIA PAOLA CAMPO SOSA	Procuradora	PROCURADURÍA	X	
2	TALIA SELENE BARREIRO IBATA	Asesora Jurídica Externa	Abogada Externa	X	
3	JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ	Control Interno	Control Interno	X	
4	LIBIA GORETY TRIANA DURAN	Secretaría Técnica	Cartera	X	
5	LUIS FERNANDO CASTRO MAJE	Asesor Jurídico Externo	Abogado Externo		X
6	ADRIANA ROJAS ESCARRAGA	Médica Auditora	Subdirección Científica	X	
7	FERNANDO CARDENAS	Cirujano General	Subdirección Científica	X	
ORDEN DEL DÍA					
1.	Saludo de bienvenida y presentación de los miembros del comité de conciliación				
2.	Verificación del QUÓRUM				
3.	Lectura y aprobación del orden del día				
4.	Desarrollo de los temas: Estudio de viabilidad y conveniencia para presentar acuerdo conciliatorio en respuesta a la reclamación administrativa de reparación directa presentada por el señor Aristides Grijalba Toro y otros, en relación con presuntas deficiencias en la atención médica brindada a la señora María Consuelo González, cuyo fallecimiento ocurrió el 08 de mayo de 2022. Este proceso se desarrolla ante la Procuraduría 90 Judicial para Asuntos Administrativos, bajo el número de radicado interno 2024-5428.				
5.	Establecimientos de compromisos (Si aplica)				

Calle 7 No. 14-69 PBX (098) 8332441 Ext: 256 Fax (098) 8333225 Gerencia (098) 8332570

Pág. 115

6.3 Auditorías Internas: Auditoría Internas de Procesos

El Programa Anual de Auditoría Interna de procesos fue adoptado y aprobado mediante la **Resolución No 0246 del 14 de marzo del 2024**, por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno:

AUDITORIAS PROGRAMADAS	AUDITORIAS REALIZADAS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
5	5	100%

ÁREAS O PROCESOS AUDITADOS	N°	EQUIPO AUDITOR	N°
SERVICIO DE FARMACIA	1	GLADYS GUIO MONTANO	1
SERVICIO DE URGENCIAS	2	EDSON ARMANDO ALVAREZ CAVIEDES	2
SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	3	CARLOS ALBERTO CEDIEL MUÑOZ	3
UNIDAD FUNCIONAL DE ALMACEN (INGENIERIA BIOMEDICA)	4	ORLEYDA VICTORIA BORJA MACHADO	4
PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS Y PROGRAMACIÓN DE CIRUGIA	5	MARIA FERNANDA MENDEZ PEDREROS	5
		ANA INES PRENT LOSADA	6

Informes Auditorías Internas: Dentro de las principales recomendaciones plasmadas en los informes finales de auditoría interna de procesos vigencia 2024 están:

- **Servicio de Farmacia:** El inventario o registro de despacho de farmacia debe tener un registro historio de los consumos por servicios para determinar los mínimos y máximos, y así garantizar el normal funcionamiento y prestación del servicio, evitando prestamos innecesarios de medicamentos e insumos a otras instituciones.
- **Servicio de Urgencias:** Se debe protocolizar el manejo del paciente ambulatorio del servicio de urgencias, quien lo revalora, minimizando el tiempo de la atención de estos usuarios, y mitigando el riesgo de fuga.
- **Servicio de Referencia y Contrarreferencia:** Revisión, Actualización, radicación y socialización del manual de los procedimientos de referencia y contra referencia, teniendo en cuenta todos los cargos que allí desempeñan los funcionarios. El Manual no contempla la totalidad de Actividades que realizan en el área por cada uno de los cargos y en conjunto la dependencia, ejemplo funciones específicas y reportes de cada uno de los cargos. Igualmente, las funciones específicas de los auxiliares de enfermería según la actividad de traslado que realizan.
- **Unidad funcional de Almacén e Ingeniería Biomédica:** Se recomienda unificar los criterios de manejo y registro de cantidades tanto al ingreso como a la entrega o despacho, situación que afecta el balance de inventario físico respecto al sistema, se realiza carga de ordenes de despacho al servicio los miércoles, se recomienda hacer de inmediato la orden de despacho y depuración del inventario, para evitar inconsistencias en las cantidades.
- **Proceso de Asignación de Citas y Programación de Cirugía:** Se evidenció disminución en la demanda de servicios porte de los usuarios debido al aumento de la cobertura en de las EAPB en sus respectivas IPS, se recomienda buscar alternativa de mejorar la prestación del servicio y aumento en el portafolio de servicios y especialidades, y así disminuir el riesgo financiero.

Para efectos de consulta y ampliación del plan de auditoría interna de procesos vigencia 2024:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

6.4 Auditorías Internas: PAMEC

Servicio: Transporte asistencial y proceso de referencia de pacientes A través del programa de PAMEC se realizó auditoría interna basado en la política de habilitación institucional según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, al servicio de transporte asistencial de la ESE, donde se solicitó a la oficina de Control Interno realizar el seguimiento al plan de mejora:



Se logró el cumplimiento de las actividades del plan de mejora en las que están la reparación de vehículos respecto a: luces, batería, cumplimiento en la totalidad y estado de los kits de carretera, cinturones de seguridad, cumplimiento del SOAT, adecuado diligenciamiento de las bitácoras entre otros.

7. CONCEPTO DE AUSTERIDAD

Durante la vigencia de 2024 la Oficina de Control Interno realizó los 4 informes trimestrales en atención a la normatividad en materia de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público, contemplada en el Decreto N°1068 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público"

Con base a los seguimientos realizados en los informes se establece:

- Respecto al consumo de servicios públicos domiciliarios como lo son energía eléctrica, gas, y acueducto y alcantarillado el llamado es hacer uso responsable y razonable en los servicios de todas las sedes de la ESE, debido al proyecto de construcción de la nueva ESE se incurrió en gastos de funcionamiento para traslado y funcionamiento de áreas administrativas.
- Con relación al consumo de combustible se presenta una disminución debido a que la ESE no tiene habilitadas la totalidad del parque automotor.
- Se sigue recomendando las inspecciones periódicas a las instalaciones de los medidores y demás infraestructura de suministro de servicios públicos domiciliarios, durante cada una de las fases del avance del proyecto de construcción de la nueva ESE, con el objetivo de garantizar el adecuado suministro de los servicios.



- Finalmente se recomienda a la alta dirección hacer todas las gestiones que considere pertinentes para el cobro oportuno de la cartera y así garantizar la solvencia financiera necesaria para el pago a proveedores, contratistas, y demás gastos y costos en los que incurre la ESE para el normal desarrollo de sus actividades y prestación del servicio de atención en la salud de la zona centro del departamento del Huila y su zona de influencia.

8. CONCEPTO JEFE DE CONTROL INTERNO

De acuerdo al plan de acción de la Oficina de Control Interno para la vigencia 2024 se logró un nivel de cumplimiento del 100%, y con base a las evidencias publicadas en el nuevo sitio web de la ESE.

En ejercicio de las funciones desarrolladas por la Oficina Asesora de Control Interno se puede resaltar que para la vigencia 2024 se reportaron los informes de ley a los diferentes entes de control y vigilancia, así como a la Alta Dirección de la ESE en cumplimiento de la normatividad legal vigente y de la Misión Institucional; los informes reportados fueron:

- **INFORME – EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS:**

Link de consulta: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Recomendaciones: Fomentar la participación de los líderes de las Unidades Funcionales en los diferentes comités institucionales para socializar los avances y novedades que se presenten durante el desarrollo a los planes de acción en especial para dar a conocer aquellas dificultades que influyan e impacten el desarrollo de las actividades y buscar alternativas adecuadas para lograr los objetivos propuestos sin afectar los indicadores de cumplimiento, contribuyendo a la cultura del autocontrol, autogestión, y autorregulación.

- **INFORME – SEGUIMIENTO POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD PPSS:**

Link de consulta:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Se cumplió con el 100% de las actividades programadas en el plan de la vigencia 2024 en el cual se desarrollaron 33 actividades.

Recomendaciones: • Sistematizar las evidencias de cumplimiento de cada una de las actividades del programa • Establecer criterios que permitan el logro de las actividades de los diferentes planes con el menor número de evidencias de manera que una evidencia soporte el cumplimiento de 2 o más actividades mejorando la eficiencia y eficacia del servicio y de la ESE.

- **INFORME – CONTROL INTERNO CONTABLE:**

Link de consulta:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

Calificación general del sistema de control interno contable de la ESE: **5.00**, lo cual le da una clasificación de **EFICIENTE**, de acuerdo al resultado del aplicativo SCHIP LOCAL, y cuya información fue suministrada por la unidad funcional de contabilidad.

-Recomendaciones: Mantener actualizado el sistema contable de la ESE en la medida que se modifique o se emitan nuevos lineamientos del ejercicio contable por parte de gobierno nacional, en especial en el ámbito del sector salud.

- **INFORME – ESTADO DE CONTROL INTERNO A 31 DE DICIEMBRE DE 2024:**

Link de consulta:

<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Calificación general estado del sistema de control interno de la ESE: **78%**

- Ambiente de control 67%, Evaluación de riesgos 74%, Actividades de control 88%, Información y comunicación 75%, Monitoreo 86%.

- **INFORME – ESTADO DE CONTROL INTERNO A 30 DE JUNIO DE 2024:**

Link de consulta: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Calificación general estado del sistema de control interno de la ESE: **86%**

- Ambiente de control 77%, Evaluación de riesgos 88%, Actividades de control 88%, Información y comunicación 88%, Monitoreo 89%.

Recomendaciones: Establecer el esquema de líneas de defensa, actualizar el sistema y subsistema de riesgos de la ESE, renovar el equipo de auditor debido a que el 100% de los funcionarios que lo conforman son asistenciales característica que dificulta la interpretación en áreas administrativas en especial las contables y financieras el equipo debe estar conformado por funcionarios tanto administrativos como asistenciales y así lograr un equilibrio y un equipo multidisciplinario.

- **INFORME – AUSTERIDAD DEL GASTO 2024:**

I,II,III,IV Trimestre: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Recomendaciones: Se recomienda seguir manteniendo un estricto control en cuanto al cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo al parque automotor debido a su influencia e impacto en el normal funcionamiento de la ESE, también a los equipos biomédicos, bienes muebles e inmuebles. De igual manera garantizar que el contratista encargado de la construcción de la nueva ESE instale de manera adecuada los contadores independientes para el suministro de servicios públicos domiciliarios y así evitar que dicho consumo sea responsabilidad de la ESE.

- **INFORME – SEGUIMIENTO AL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO-PQRS 2024:**

1º, y 2º Semestre: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>



Recomendaciones: Capacitar al personal que realiza el trámite o registro de las PQRS de la ESE para evitar errores en el consolidado y a su vez afecte el registro de indicadores de gestión y de respuestas a los usuarios. Sensibilizar al personal de la ESE en especial al personal asistencial en el buen trato y respeto durante la prestación de los servicios a los usuarios. Reconocer y resaltar la gestión, el compromiso, y la buena labor en el cumplimiento de su deber a los funcionarios que han logrado un reconocimiento a través de la atención prestada a los usuarios independientemente de su tipo de vinculación, área, servicio, o cargo.

- **INFORME – SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2024:** 1°, 2°, 3°, y 4° Cuatrimestre: <https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/index.php/gestion/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/sistema-de-control-interno/>

Observación: La ESE presentó dificultades para el cumplimiento en lo relacionado al 2° componente “Racionalización de trámites” arrojando un 0% en el cumplimiento en dicho componente. A partir de la vigencia 2025 la ESE se encuentra en fase de transición e implementación del nuevo Programa de Transparencia y Ética pública dando cumplimiento al artículo 31 de la Ley 2195 de 2022.

- **INFORME – LEY DE CUOTAS Y PROGRAMA JOVENES EN EL ESTADO 2024:**
Link de consulta:
<https://portal.hospitalsvpgarzon.gov.co/wp-content/uploads/2025/02/INFORME-DE-SEGUIMIENTO-LEY-DE-CUOTAS-ESTRATEGIA-MAS-JOVENES-EN-EL-ESTADO-2024.pdf>

Recomendaciones: Se recomienda a la Oficina de Gestión Humana notificar a la Oficina de Control Interno cualquier novedad respecto al reporte de la información relacionada al formulario cumplimiento de la Ley 581 de 2000.

9. ENCUESTA FURAG

- **CERTIFICADO – DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO FURAG PARA LA VIGENCIA 2023:**
Link de consulta:
<https://hospitalsvpgarzon.gov.co/documentos/controlinterno/CERTIFICADO%20DILIGENCIAMIENTO%20FURAG%202024.pdf>

El resultado de la Medición de Desempeño Institucional (MDI) para la vigencia 2023 realizado en la vigencia 2024 fue de **75.5** puntos, donde la dimensión 7 que corresponde a Control Interno obtuvo un resultado de **81.3** puntos.

10. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG

Con base al resultado y análisis del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) 2023 se identificaron las políticas de acuerdo a la dimensión correspondiente que presentan mayor debilidad en la ESE:



Dimensión

Talento humano

- **Dimensión 1 Talento Humano:** Logró una calificación de **67.1**:
- Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés: 36.



Dimensión

Direccionamiento Estratégico y Planeación

- **Dimensión 2 Direccionamiento Estratégico y Planeación:** Logró una calificación de **85,9**



Dimensión

Gestión con Valores para Resultados

- **Dimensión 3 Gestión con Valores para Resultados:** Logró una calificación de **71,0**
- Gobernanza: 47,2
- Arquitectura: 14,3
- Servicios Ciudadanos Digitales: 50
- Cultura y apropiación: 48,8



Dimensión

Evaluación de Resultados

- **Dimensión 4 Gestión con Valores para Resultados:** Logró una calificación de **83.2**
- Priorización de trámites con base en las necesidades y expectativas de los ciudadanos: 33,3
- Trámites racionalizados y recursos tenidos en cuenta para mejorarlos: 33,3
- Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos, y en

general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión, de esta manera el informe de gestión 2024 a corte 31 de diciembre de 2024 arrojó un nivel de cumplimiento del **99%**.

Cumplimiento plan de gestión 2024

INDICADOR	METAS DEL PLAN OPERATIVO ANUAL CUMPLIDAS	METAS DEL PLAN OPERATIVO ANUAL PROGRAMADAS	RESULTADOS DEL INDICADOR
GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	294	295	99%



**Dimensión
Información y
Comunicación**

- **Dimensión 5 Información y Comunicación:** Logró una calificación de **76,6**
- Calidad del Componente estratégico: 45
- Calidad del Componente cultural: 42,9



DIMENSIÓN 6

Gestión del Conocimiento

- **Dimensión 6 Gestión del Conocimiento y la Innovación:** Logró una calificación de **80,2**
- Analítica institucional para la toma de decisiones: 58,3



**Dimensión
Control Interno**

- **Dimensión 7 de Control Interno:** Logró una calificación de **81,3**
- Evaluación independiente al sistema de control interno: 69,7


JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ
Asesor Oficina de Control Interno