



**Hospital Regional de
Sogamoso E.S.E**

INFORME DE GESTIÓN 2022-2023

Auditoria de Control y Gestión

Lina María Espinel Aguirre

Asesora de Control Interno
Hospital Regional de Sogamoso ESE

INTRODUCCIÓN

Dando cumplimiento al artículo 269 de la Constitución Política de Colombia que reitera la obligación de contar con un Sistema de Control Interno, la Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”, Ley 1474 de 2011 “ Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”, Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”, por una parte, y de otra el Decreto 648 de 2017 “ Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública” y demás normas legales concordantes, el proceso de Auditoría de Control y Gestión, procede a rendir el Informe de Gestión de la vigencia 2022-2023.

Teniendo en cuenta la normatividad anterior, se incorpora el Control Interno como un soporte administrativo esencial, orientado a garantizar el logro de los objetivos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., fundamentado en el cumplimiento de los principios que rigen la administración pública en especial los de eficiencia, eficacia, moralidad y transparencia.

Es así como se desarrollaron los roles definidos en la normatividad en materia de Control Interno a saber, así: Liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y Relación con entes externos de control.

ROLES OFICINA DE CONTROL INTERNO

Roles de una Oficina de Control Interno o quien haga sus veces

De acuerdo con el Decreto 648 de 2017, las Oficinas de Control Interno o quienes hacen sus veces cumplen 5 roles específicos así:



Fuente: Departamento Administrativo de Función Pública – DAFP

DESARROLLO DEL INFORME

A continuación, se presenta un informe detallado de las principales actividades realizadas por el proceso Auditoría de Control y Gestión en el marco de los cinco roles y del cumplimiento de la normatividad vigente, ejecutadas durante la vigencia 2022 -2023.

INFORME AUDITORIA DE CONTROL Y GESTIÓN VIGENCIA 2022

En este informe se presenta al detalle el desarrollo de las actividades realizadas, en cada uno de los cinco roles definidos en la normatividad, en materia de Control Interno.

1. Liderazgo Estratégico

La oficina de Control de Interno presenta 11 informes de Ley con una periodicidad anual, semestral, cuatrimestral y trimestral.

➤ Índice de desempeño institucional Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)

El Sistema de Control Interno en el Hospital Regional de Sogamoso ESE, se encuentra implementado y operando con el Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Se aplica el esquema de las tres líneas de defensa y la línea estratégica con sus respectivas responsabilidades. Los cinco componentes del MECI se encuentran implementados y son objeto de evaluación permanente por medio de las auditorías internas y de la verificación de soportes de cumplimiento. La entidad promueve el mejoramiento continuo del sistema, formulando acciones de mejora resultado de las diferentes fuentes de evaluación, tanto internas como externas.

El resultado que se presenta a continuación corresponde a la vigencia 2021. Teniendo en cuenta que la evaluación se realiza de la vigencia anterior.



I. Resultados generales



Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	61,6	98,5
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	50,2	99,3
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	57,3	98,3
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	54,1	98,4
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	54,7	98,0

Del resultado anterior, se observa que la entidad debe continuar con actividades de mantenimiento para su sostenibilidad a mediano y largo plazo, con el fin de mejorar el resultado de la vigencia.

➤ Informe Control Interno Contable

La Oficina de Control Interno realizó el Informe de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2021, el cual arrojó una calificación del 4.94 ubicada en el criterio "Adecuado", se transmitió a través del CHIP de acuerdo al procedimiento establecido por la Contaduría General de la Nación en la Resolución 0357 de 2008, presentado oportunamente en febrero de 2014.

La asesora de control interno de la entidad realizó la evaluación de control interno contable de la vigencia 2021, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Contaduría General de la Nación, obtuvo un resultado de 4.94 puntos sobre 5, indicando que el sistema de control interno contable del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, es EFICIENTE.

El informe se presentó oportunamente en febrero de 2022.

➤ Evaluación de rendición de cuentas

Dentro de las conclusiones que se presentaron en la realización del informe evaluación de rendición de cuentas de la vigencia 2021, están las siguientes:

- Se dio cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad vigente, como la Circular 008 de 2018, respecto a los lineamientos metodológicos establecidos para la Estrategia de rendición de cuentas vigencia 2021.

- Se evidencia articulación entre las actividades establecidas para la “Rendición de Cuentas” con las cinco actividades del componente del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC.
- Se cumplió con la publicación en forma oportuna de los documentos relacionados con el proceso de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a través de la página Web de la entidad.
- En cuanto al cumplimiento de lo establecido en la Circular 008 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud que se realiza en este informe se insta a la alta dirección y a la Oficina de Planeación revisar el ítem que no se cumple a fin de realizar las mejoras en la próxima rendición de cuentas.
- Dentro del material de apoyo para el desarrollo de la actividad, se realizaron presentaciones que fueron complementadas con registro fotográfico y videos institucionales cuyo contenido estaba orientado a los resultados obtenidos durante la vigencia 2021.
- Tomando como fuente el resultado obtenido en la encuesta de evaluación, se concluye que la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la vigencia 2021 obtuvo resultados favorables en la presentación y realización del evento.

➤ **Informe Ley de Transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional.**

La asesora de control interno realizó la verificación del cumplimiento de la publicación de la información requerida por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, La evaluación se realizó tomando como referencia la matriz establecida por la Procuraduría General de la Nación, donde se presentó un nivel de cumplimiento de 83 sobre 100 puntos.

A partir del seguimiento realizado a la página web del Hospital Regional de Sogamoso ESE, respecto al cumplimiento de las disposiciones vigentes de la Ley de transparencia y acceso a la información pública, se observa que las siguientes categorías: Accesibilidad web, Requisitos sobre identidad visual y articulación con portal único del estado colombiano gov.co, información de la entidad, normativa, contratación, planeación, participa, datos abiertos y menú atención y servicios a la ciudadanía, son susceptibles de mejora en la medida que se implementen acciones tendientes a subsanar las brechas identificadas y se fortalezcan los mecanismos de institucionalidad de la entidad.

➤ Informe Evaluación de Gestión por Dependencias

La Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias es uno de los componentes de la Evaluación Del Desempeño Laboral Individual, que tiene como propósito promover y potenciar el trabajo en equipo, por medio de la valoración del cumplimiento de las metas institucionales. Una vez realizada la evaluación a los 25 procesos del Hospital Regional de Sogamoso ESE correspondiente a la vigencia 2021, se obtuvieron los siguientes resultados:

N°	Proceso	Resultado
1	Planeación Institucional	82.3
2	Gestión Comercial	100
3	Gestión de calidad	88
4	Atención al usuario	69
5	Gestión de la información	60
6	Gestión Jurídica	68
7	Atención de Urgencias	70
8	Referencia y contrareferencia	100
9	Traslado de pacientes	100
10	Consulta Externa	70
11	Apoyo Diagnóstico	70
12	Atención de hospitalización	100
13	Apoyo terapéutico	75
14	Salud pública, epidemiología	100
15	Programas especiales	100
16	IPS en red	80
17	Atención quirúrgica	80
18	Gestión Talento Humano	78
19	Gestión Financiera	92
20	Gestión de bienes y servicios	100
21	Gestión de la tecnología	100
22	Gestión de ambiente físico	99
23	Gestión de recursos informáticos	75
24	Gestión documental	82
25	Auditoría de control y gestión	81

Teniendo en cuenta el cuadro anterior se observa de forma resumida el resultado de la verificación del cumplimiento de los objetivos institucionales y los compromisos asociados a los 25 procesos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E evaluados por la oficina asesora de control interno para el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2021.

➤ Informe Derechos de Autor

El informe de derechos de autor corresponde a la información con corte a 31 de diciembre de 2021, relacionada con:

- Totalidad de equipos instalados
- Mecanismos de control implementados para la instalación de software.
- Procedimiento para dar de baja a los bienes muebles intangibles.

La Oficina de Control Interno, como Tercera Línea de defensa, en la actividad de revisión de manera independiente y objetiva, presenta las siguientes conclusiones:

- Se concluye que la entidad cuenta con herramientas y mecanismos de verificación idóneos, que aseguran el cumplimiento de las directrices impartidas por la Dirección Nacional de derechos de autor en materia de la legalidad para la utilización del software.
- La entidad cuenta con la Política de confidencialidad y seguridad de la información, la cual no ha sido socializada con los funcionarios de la entidad.

Se recomienda realizar socialización del marco legal y sancionatorio sobre derechos de autor entre los funcionarios, trabajadores en misión y contratistas de la entidad.

➤ Informe Semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control interno

La evaluación se desarrolló mediante la aplicación de la herramienta diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, la cual consistió en un formato contentivo de ochenta y un (81) preguntas sobre requerimientos específicos que evaluaron los cinco (5) componentes del Modelo Estándar de Control Interno, distribuidos de la siguiente forma:

Componente del MECI	N° de lineamientos del componente	N° preguntas
Ambiente de Control	5	24
Evaluación del Riesgo	4	17
Actividades de Control	3	12
Información y Comunicación	3	14
Actividades de Monitoreo	2	14
Total	17	81

Evaluada cada pregunta, se realizó valoración cuantitativa de la cual se obtuvo los siguientes puntajes:

- Primer semestre de 2022: 74%
- Segundo semestre de 2022: 86%

La conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno es la siguiente:

El Hospital Regional de Sogamoso ESE ha venido trabajando en la implementación y fortalecimiento de los 5 componentes MECI. Así mismo, la institución efectúa monitoreo y seguimiento periódico a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Se evidencia que el Sistema de Control Interno es efectivo, las acciones y actividades que se ejecutan en la entidad permiten lograr los objetivos tanto a nivel general como a nivel de procesos, no obstante, se requiere dar continuidad con la implementación de lineamientos, documentar y reforzar lo que actualmente se tiene, esto con el propósito de obtener más y mejores resultados.

Finalmente, la entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa), que le permite la toma de decisiones frente al control.

➤ **Informe semestral de seguimiento Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDF**

El propósito del informe es determinar la oportunidad de las respuestas y la efectividad en las respuestas a las PQRSDF que presentan los usuarios del Hospital Regional de Sogamoso ESE, con el fin de formular recomendaciones a la alta dirección y a los responsables de los procesos, para el mejoramiento continuo de la entidad y el mejoramiento de la prestación de servicios.

Dentro de las conclusiones presentadas para la vigencia 2022, se presentaron las siguientes:

- Se realizó respuesta oportuna del 100% de las solicitudes recibidas.
- Se identificó que los canales de comunicación utilizados por los usuarios para la presentación de PQRSDF de 2022, es el buzón de sugerencias, ubicados en las diferentes dependencias de la institución y en las unidades básicas de atención de Busbanza y Pajarito, correo electrónico atencionalusuario@hospitalsogamoso.gov.co a través de la oficina de SIAU de la entidad y canales telefónicos.
- Los servicios que presentan mayor porcentaje de quejas son: Urgencias 38% y consulta externa 12%.
- Los servicios que presentan mayor porcentaje de felicitaciones son: Hospitalización pediatría 35%, UCI Neonatal 34% y Hospitalización Gineco obstetricia 12%, hospitalización medicina interna 29%.

Dentro de las recomendaciones en los informes semestrales se encuentran:

- Identificar los criterios recurrentes de PQRSDf en los procesos de la entidad, con el fin de establecer planes de mejoramiento que minimicen las quejas.
- Implementar una herramienta de seguimiento que genere alarmas previas al vencimiento de las respuestas evitando de esta manera el riesgo de vencimiento de términos.
- Socializar los diferentes canales de comunicación para el reporte de PQRSDf, a los usuarios, ya que, de acuerdo al análisis realizado, los buzones son los más usados.
- A la mesa técnica de PQRSDf se le recomienda, realizar seguimiento de las respuestas emitidas por los profesionales de la salud a las quejas presentadas por los usuarios y en lo posible realizar un plan de mejora.

➤ **Informe seguimiento plan anticorrupción y atención al ciudadano**

De acuerdo a la Guía “Estrategias para la construcción del plan de desarrollo y atención al ciudadano”, para la implementación del plan anticorrupción se deben tener en cuenta los siguientes componentes:

1. Gestión del riesgo de corrupción
2. Racionalización de trámites
3. Rendición de cuentas
4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
5. Mecanismos para la transparencia y el acceso a la información
6. Iniciativas adicionales.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Oficina de Control Interno realizó la evaluación como tercera línea de defensa y de acuerdo con el análisis realizado, se pudo establecer que el nivel de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano en la vigencia 2022 presento un cumplimiento del 100%, ubicando a la entidad en el rango del 80% a 100% en una zona ALTA.

Dentro de las recomendaciones en el informe se encuentra continuar fortaleciendo la cultura de gestión de riesgos en la entidad, lo que implica un mayor despliegue, socialización y participación de todos los funcionarios.

➤ **Informe de Arqueo de cajas menores**

El propósito del informe es realizar el seguimiento al cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con la constitución y funcionamiento de la caja menor, con el fin de verificar el adecuado manejo de la ejecución de los recursos.

Dentro de las conclusiones del informe para la vigencia 2022, se presentaron las siguientes:

- La Caja Menor presenta un manejo adecuado por los funcionarios responsables, los gastos están debidamente soportados, el libro de caja está diligenciado y actualizado.
- El manejo de la caja menor en términos generales se hace de manera organizada, se observa que se atienden gastos que son necesarios para atender necesidades de orden prioritario en la entidad bajo el contexto de los principios de la eficiencia, eficacia y la economía. Además, se nota que los dineros se utilizan para sufragar gastos identificados y definidos en lo conceptos de presupuesto que en su mayoría tienen carácter de urgentes.
- Los comprobantes recibos de caja se encuentran debidamente autorizados.
- Se lleva un libro auxiliar de gastos en Excel donde se relacionan por concepto, tercero, Nit, Responsable, centro de costo, unidad funcional, rubro presupuestal y saldo de cada uno y el total de gastos.
- Se lleva registro de la caja menor en el Software CITISALUD módulo Tesorería.

➤ **Informe austeridad y eficiencia del gasto**

El Sistema de control interno tiene como propósito fundamental lograr la eficiencia, objetividad y transparencia en el ejercicio de las funciones de las entidades que conforman el estado colombiano. Por lo anterior la oficina asesora de control interno, presenta el análisis de la información del gasto con el fin de determinar el comportamiento del consumo y hechos que llamen la atención, para proceder a proponer recomendaciones y acciones de mejora a que haya lugar.

Una vez analizadas las variaciones en los rubros de gastos en los aspectos como: administración de personal, servicios públicos, pagos de sentencias y conciliaciones y gastos de vehículos; se evidencia el compromiso de la entidad para el cumplimiento de la normatividad sobre austeridad del gasto, si bien se presentan variaciones en algunos rubros, el nivel de gastos ha sido eficaz y eficiente.

2. ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN

La Oficina de control interno fomenta el autocontrol en los funcionarios de la entidad, a través de un proceso de sensibilización, capacitación y divulgación.

Para la vigencia 2022 se realizaron las siguientes actividades:

- Capacitaciones líderes de proceso – AUTOCONTROL



- Capacitación MIPG y SIGEP – Departamento Administrativo de Función Pública (DAFP)



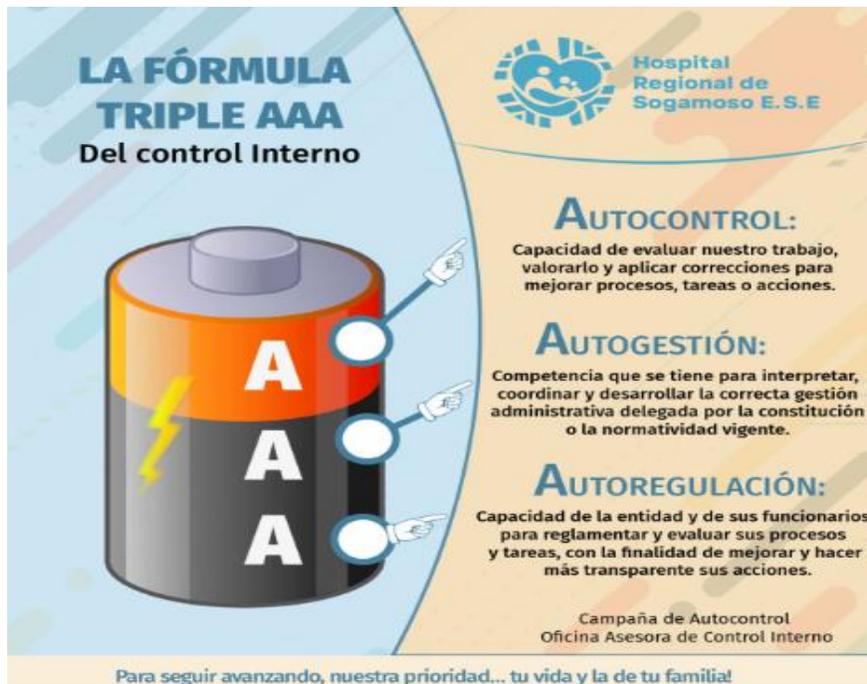
- Campaña píldoras para el autocontrol



- Recordatorio mensaje autocontrol



Fórmula TRIPLE AAA – Del Control Interno



3. Evaluación de la Gestión del Riesgo

La oficina Asesora de Control Interno desde su rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo y con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017, que actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, indicando que las oficinas de Control Interno deben revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves, directriz acogida por la Entidad en el procedimiento de seguimiento y evaluación de riesgos (E-ACG-PR-006), con el fin de evitar la materialización de riesgos en la entidad.

Una vez realizado el seguimiento y evaluación de riesgos para la vigencia 2022 se concluye lo siguiente:

- La eficacia de la administración del riesgo se encuentra en 89.2% (Zona Moderada), lo cual indica que se tiene una gestión de riesgos por mejorar por parte de la primera y segunda línea de defensa.
- Los líderes de proceso contaron con la disponibilidad y el compromiso para cumplir con el objetivo del seguimiento y evaluación.

Dentro de las recomendaciones para la entidad en cuanto a la administración de riesgos, están las siguientes:

- Diseñar la segunda línea de defensa, estrategias, con el fin de dar a conocer a los líderes de proceso y sus equipos de trabajo la Política de administración de riesgos de la entidad.
- Se debe mantener el seguimiento permanente por parte de la primera y segunda línea de defensa (cuatrimestral), para evitar que se presente la materialización de los riesgos, así como garantizar la mejora continua con la implementación de acciones preventivas y correctivas que aseguren el cumplimiento de los objetivos institucionales.

4. Relación con entes externos de control

La oficina de control interno, sirve como puente entre los entes externos de control y la entidad, facilitando el flujo de información con dichos organismos y desarrollará sus actividades considerando el Rol de Relación con Entes de Control, reglamentado por el Decreto 648 de 2017: “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario único del Sector de la Función Pública” y los lineamientos técnicos de la Función Pública.

Para la vigencia 2022, la oficina de control interno facilitó los requerimientos de los entes de control externo (Superintendencia Nacional de Salud y Contraloría General de Boyacá) y la coordinación de los informes de la entidad. A continuación, se presenta las actividades con cada uno de los entes de control externo que estuvieron en la entidad en la vigencia 2022.

- Contraloría General de Boyacá

Presentación informe final plan de mejoramiento de la auditoría financiera y de gestión de la vigencia fiscal 2020: 26 de enero de 2022.

Remisión acta de liquidación plan de mejoramiento vigencia 2020: 25 de abril de 2022

Cumplimiento plan de mejoramiento: 94.4%

- Superintendencia Nacional de Salud

Fecha de la auditoria: Del 26 al 28 de octubre de 2022.

N° de hallazgos: 1

Cumplimiento plan de mejoramiento: 100%

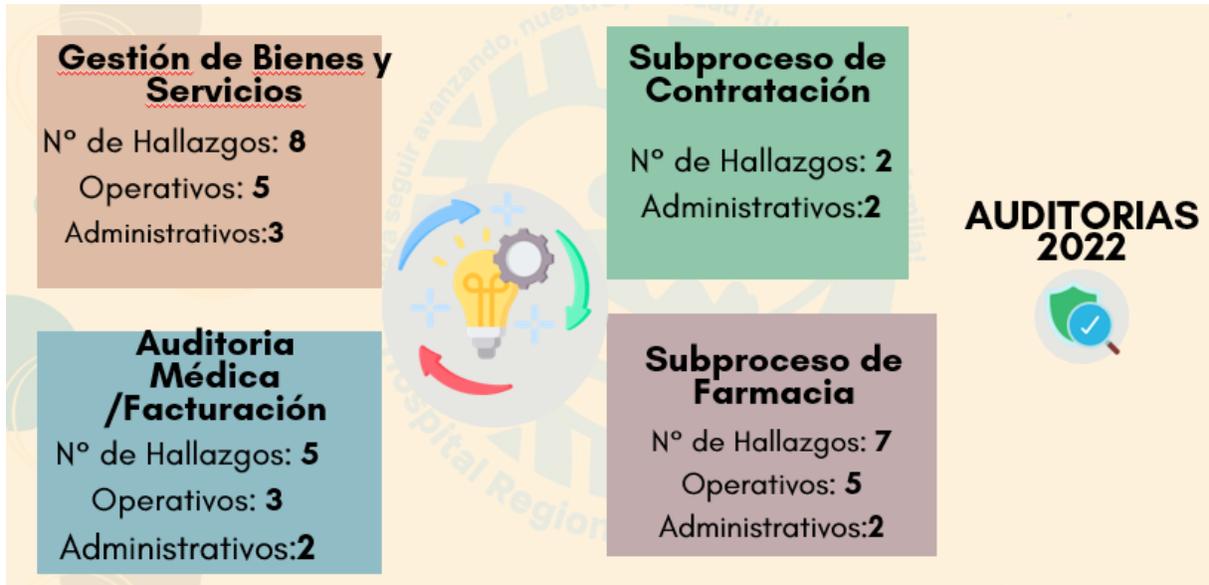
5. Evaluación y Seguimiento

La auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, planeada para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad. Las auditorías ayudan a la entidad a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos del Hospital Regional de Sogamoso ESE.

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a través del acta 01, de fecha 26 de enero de 2022, aprobó el plan anual de auditoria basado en riesgos para la vigencia 2022, en el cual se plantearon las siguientes auditorías:

- Evaluación y seguimiento al subproceso de auditoría médica y facturación.
- Evaluación y seguimiento al subproceso de contratación.
- Evaluación y seguimiento al proceso de Gestión de Bienes y Servicios.
- Evaluación y seguimiento al subproceso de Farmacia.

A continuación, se presenta el resultado de las auditorías realizadas en la vigencia 2022:



Por otro lado, se encuentra el seguimiento a los planes de mejoramiento de la entidad producto de las auditorías internas realizadas. A continuación, se presenta el resultado del análisis de la evaluación y seguimiento de la vigencia 2022:

N°	Proceso	ESTADO		Observaciones
		Abierto	Cerrado	
1	Gestión Jurídica (Contratación)		X	El proceso no tiene planes de mejoramiento abiertos de vigencias anteriores. Por lo tanto, se realiza el cierre del plan de mejoramiento
2	Defensa Jurídica		X	El proceso no tiene planes de mejoramiento abiertos de vigencias anteriores. Por lo tanto, se realiza el cierre del plan de mejoramiento
3	Farmacia	X		Se realizó revisión de la respuesta de los hallazgos y se procede a cerrar 1 hallazgo debido a que se evidenció que las devoluciones de medicamentos se están realizando a través del módulo, quedando pendientes para el próximo seguimiento 6 acciones correctivas formuladas en el plan de mejoramiento de la vigencia 2022

N°	Proceso	ESTADO		Observaciones
		Abierto	Cerrado	
4	Gestión de Bienes y Servicios	X		Se verificó el cumplimiento de las acciones correctivas formuladas en el plan de mejoramiento de la vigencia 2022 y se evidencia el cumplimiento de 3 actividades y se procede a cerrarlos, por lo tanto, quedan pendiente por cumplir 4 actividades.
5	Activos fijos	X		A la fecha de realizar el seguimiento no se evidencia soporte de las acciones correctivas formuladas en el plan de mejoramiento de la vigencia 2022, por lo tanto, siguen abiertas las 6 acciones correctivas.
6	Cobro coactivo		X	Se realizó revisión de la respuesta de los hallazgos y se procede a cerrarlos. Debido a que se presentan los medios de prueba que desvirtúan los hallazgos establecidos por el anterior asesor de control interno durante la vigencia 2021.
7	Auditoría médica		X	Se realizó revisión de la respuesta de los hallazgos y se procede a cerrarlos. Debido a que las acciones correctivas se implementaron y son eficaces.
8	Cartera		X	Se realizó revisión de la respuesta de los hallazgos y se procede a cerrarlos. Debido a que se presentan los medios de prueba que desvirtúan los hallazgos establecidos por el anterior asesor de control interno durante la vigencia 2021.
9	Facturación		X	Se realizó revisión de la respuesta de los hallazgos y se procede a cerrarlos. Debido a que las acciones correctivas se implementaron y son eficaces.
TOTAL		3	6	

De acuerdo a la información anterior se observa que de los 9 planes de mejoramiento producto de auditorías y seguimientos, la oficina asesora de control interno procedió con el cierre de 6 planes de mejoramiento y quedan abiertos 3 planes de mejoramiento a corte 31 de diciembre de 2022, de los siguientes procesos y subprocesos:

- Gestión de bienes y servicios
- Activos fijos
- Farmacia

INFORME AUDITORIA DE CONTROL Y GESTIÓN VIGENCIA 2023

En este informe se presenta al detalle el desarrollo de las actividades realizadas, en cada uno de los cinco roles definidos en el Decreto 648 de 2017.

1. Liderazgo Estratégico

La oficina de Control de Interno presenta 11 informes de Ley con una periodicidad anual, semestral, cuatrimestral y trimestral.

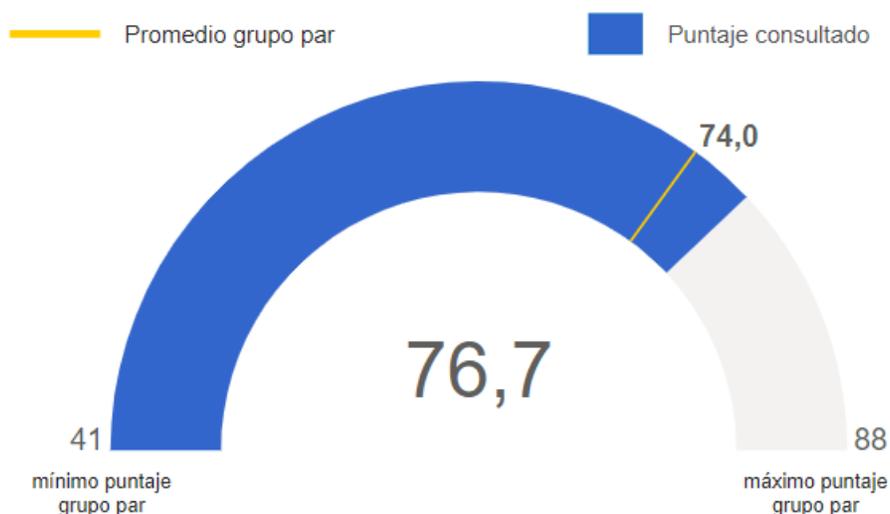
➤ Índice de desempeño institucional Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)

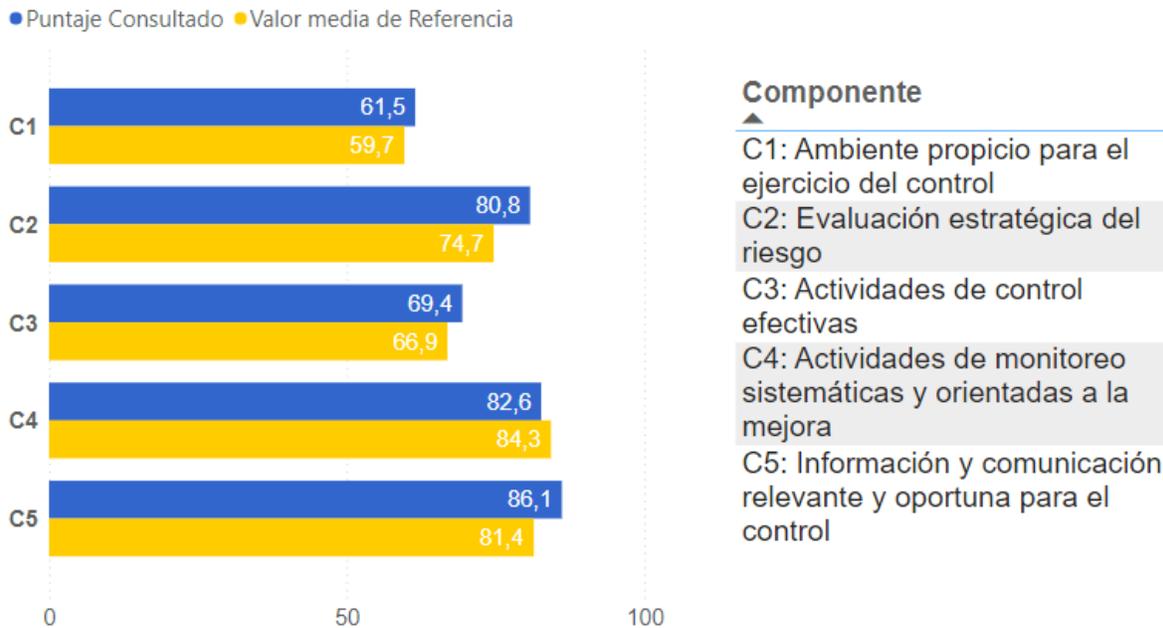
El Sistema de Control Interno en el Hospital Regional de Sogamoso ESE, se encuentra implementado y operando con el Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Se aplica el esquema de las tres líneas de defensa y la línea estratégica con sus respectivas responsabilidades. Los cinco componentes del MECI se encuentran implementados y son objeto de evaluación permanente por medio de las auditorías internas y de la verificación de soportes de cumplimiento. La entidad promueve el mejoramiento continuo del sistema, formulando acciones de mejora resultado de las diferentes fuentes de evaluación, tanto internas como externas.

El resultado que se presenta a continuación corresponde a la vigencia 2022. Teniendo en cuenta que la evaluación se realiza de la vigencia anterior.

I. Resultados Generales

Índice de Control Interno





Comparando el resultado con la vigencia anterior (2021), se evidencia un aumento en la calificación del 19.9%. Puntaje Favorable, que demuestra las acciones implementadas en cada uno de los componentes del MECI.

➤ Informe Control Interno Contable

La Oficina de Control Interno realizó la evaluación de Control Interno Contable, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Contaduría General de la Nación y obtuvo un resultado de 4.95 puntos sobre 5, indicando que el sistema de control interno contable de la entidad es EFICIENTE

El formulario diligenciado se remite a la Contaduría General de la Nación a través del aplicativo consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP), los valores de cada ítem son calculados directamente por el aplicativo.

El informe se presentó oportunamente el 10 de febrero de 2023.

➤ Evaluación de rendición de cuentas

La rendición de cuentas tiene como finalidad la búsqueda de la transparencia de la gestión pública y a partir de allí lograr la adopción de los principios de buen gobierno, eficiencia, eficacia y transparencia, es así como el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E en cumplimiento de la normatividad vigente, realizó la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la vigencia 2022.

Dentro de las conclusiones que se presentaron en la realización del informe evaluación de rendición de cuentas de la vigencia 2022, están las siguientes:

- El Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. entiende la Rendición de Cuentas, como una oportunidad particular para que la alta dirección de a conocer a la ciudadanía, a sus grupos de interés y a los entes de control, el cumplimiento de sus compromisos y avances de la gestión; así como a adquirir retroalimentación de la comunidad, que permita la validación y el redireccionamiento de la gestión pública.
 - La oficina asesora de control interno, evidencia que la audiencia se realizó bajo los parámetros determinados por el Departamento Administrativo de Función Pública y la Superintendencia de Salud, en cuanto a metodología y contenido, de igual manera se observó que los temas tratados corresponden al objetivo propuesto.
 - La metodología implementada por cada uno de los líderes de la entidad para dar a conocer la gestión y los resultados obtenidos en la vigencia 2022, fue adecuada y apropiada, lo que permitió el cumplimiento de los objetivos del ejercicio de rendición de cuentas.
 - El contenido de la información suministrada, cumplió con las características de pertinencia, confiabilidad, utilidad, credibilidad y coherencia.
 - Se dio cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad vigente, como la Circular 008 de 2018, respecto a los lineamientos metodológicos establecidos para la Estrategia de rendición de cuentas vigencia 2022.
- **Informe Ley de Transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional.**

La asesora de control interno realizó la verificación del cumplimiento de la publicación de la información requerida por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, La evaluación se realizó tomando como referencia la matriz establecida por la Procuraduría General de la Nación, donde se presentó un nivel de cumplimiento de 68 sobre 100 puntos.

A partir del seguimiento realizado a la página web del Hospital Regional de Sogamoso ESE, respecto al cumplimiento de las disposiciones vigentes de la Ley de transparencia y acceso a la información pública, se observa que las siguientes categorías: Accesibilidad web, Requisitos sobre identidad visual y articulación con portal único del estado colombiano gov.co, información de la entidad, normativa, contratación, planeación, participa, datos abiertos y menú atención y servicios a la ciudadanía, son susceptibles de mejora en la medida que se implementen acciones tendientes a subsanar las brechas identificadas y se fortalezcan los mecanismos de institucionalidad de la entidad.

Dentro de las recomendaciones realizadas en el informe se encuentran las siguientes:

- Se recomienda realizar revisión completa de la información publicada en la página web, teniendo en cuenta que se evidencia creación de link, pero sin diligenciamiento de información o que no se encuentra actualizada y ajustada a la Ley de transparencia y acceso a la información.
- Se recomienda generar acciones tendientes a completar la información que se encuentra pendiente en la página web, para dar cumplimiento total a las disposiciones vigentes de la Ley de transparencia y acceso a la información pública.
- Se recomienda identificar y monitorear la información que se debe publicar y actualizar de manera periódica.

➤ Informe Evaluación de Gestión por Dependencias

La Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias es uno de los componentes de la Evaluación Del Desempeño Laboral Individual, que tiene como propósito promover y potenciar el trabajo en equipo, por medio de la valoración del cumplimiento de las metas institucionales. Una vez realizada la evaluación a los procesos del Hospital Regional de Sogamoso ESE correspondiente a la vigencia 2022, se obtuvieron los siguientes resultados:

Nº	Proceso	Resultado
1	Planeación Institucional	93.6
2	Gestión Comercial	82.5
3	Gestión de calidad	97.2
4	Atención al usuario	85.5
5	Gestión de la información	82.5
6	Gestión Jurídica	84.7
7	Atención de Urgencias	81.2
8	Referencia y contrareferencia	78.7
9	Traslado de pacientes	52.7
10	Consulta Externa	87.9
11	Apoyo Diagnóstico	94.5
12	Atención de hospitalización	87.2
13	Apoyo terapéutico	66.7
14	Salud pública, epidemiología	96.1
15	Programas especiales	96.4
16	IPS en red	94.5
17	Atención quirúrgica	94.3
18	Gestión Talento Humano	88.4
19	Gestión Financiera	94.5
20	Gestión de bienes y servicios	92.3
21	Gestión de la tecnología	86.5
22	Gestión de ambiente físico	92.8
23	Gestión de recursos informáticos	89.3
24	Gestión documental	97.1
25	Auditoría de control y gestión	89.5

Teniendo en cuenta el cuadro anterior se observa de forma resumida el resultado de la verificación del cumplimiento de los objetivos institucionales y los compromisos asociados a los 25 procesos del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E evaluados por la oficina asesora de control interno para el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2022.

➤ **Informe Derechos de Autor**

El informe de derechos de autor corresponde a la información con corte a 31 de diciembre de 2022, relacionada con:

- Totalidad de equipos instalados
- Mecanismos de control implementados para la instalación de software.
- Procedimiento para dar de baja a los bienes muebles intangibles.

La Oficina de Control Interno, como Tercera Línea de defensa, en la actividad de revisión de manera independiente y objetiva, presenta las siguientes conclusiones:

- Se concluye que la entidad cuenta con herramientas y mecanismos de verificación idóneos, que aseguran el cumplimiento de las directrices impartidas por la Dirección Nacional de derechos de autor en materia de la legalidad para la utilización del software.
- La entidad cuenta con la Política de confidencialidad y seguridad de la información, la cual no ha sido socializada con los funcionarios de la entidad.

Se recomienda realizar socialización del marco legal y sancionatorio sobre derechos de autor entre los funcionarios, trabajadores en misión y contratistas de la entidad.

➤ **Informe Semestral de evaluación independiente del estado del Sistema de Control interno**

La evaluación se desarrolló mediante la aplicación de la herramienta diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, la cual consistió en un formato contentivo de ochenta y un (81) preguntas sobre requerimientos específicos que evaluaron los cinco (5) componentes del Modelo Estándar de Control Interno, distribuidos de la siguiente forma:

Componente del MECI	N° de lineamientos del componente	N° preguntas
Ambiente de Control	5	24
Evaluación del Riesgo	4	17
Actividades de Control	3	12
Información y Comunicación	3	14
Actividades de Monitoreo	2	14
Total	17	81

Evaluada cada pregunta, se realizó valoración cuantitativa de la cual se obtuvo los siguientes puntajes:

- Primer semestre de 2023: 88%
- Segundo semestre de 2023: 91%

La conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno es la siguiente:

A través de la Política de Control Interno Resolución N° 283 del 24 de agosto de 2022, se evidencia el compromiso de la entidad con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI en articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG a través del desarrollo de los siguientes componentes: ambiente de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo. Sin embargo, se encuentran algunos componentes en proceso de articulación y fortalecimiento, por lo que es importante continuar con la evaluación y mejoramiento del sistema.

Adicionalmente se dispone de las condiciones para efectuar un correcto control, gracias al liderazgo de la alta dirección que permite un desarrollo adecuado en las diferentes actividades, fortaleciendo la gestión del riesgo y dando tratamiento mediante los mecanismos de control y autocontrol.

El sistema de Control Interno es efectivo, las acciones y actividades que se ejecutan en la entidad permiten lograr los objetivos tanto a nivel general como a nivel de procesos, no obstante, se requiere dar continuidad con la implementación de lineamientos, documentar y reforzar lo que actualmente se tiene, esto con el propósito de obtener mejores resultados.

➤ **Informe semestral de seguimiento Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDF**

El propósito del informe es determinar la oportunidad de las respuestas y la efectividad en las respuestas a las PQRSDF que presentan los usuarios del Hospital Regional de Sogamoso ESE, con el fin de formular recomendaciones a la alta dirección y a los responsables de los procesos, para el mejoramiento continuo de la entidad y el mejoramiento de la prestación de servicios.

Dentro de las conclusiones presentadas para la vigencia 2023, se presentaron las siguientes:

- Se realizó respuesta oportuna del 100% de las solicitudes recibidas.
- Se identificó que los canales de comunicación utilizados por los usuarios para la presentación de PQRSDF de 2023, es el buzón de sugerencias, ubicados en las diferentes dependencias de la institución y en las unidades básicas de atención de Busbanza y Pajarito, correo electrónico atencionalusuario@hospitalsoyamoso.gov.co a través de la oficina de SIAU de la entidad y canales telefónicos.
- Los servicios que presentan mayor porcentaje de quejas son: Urgencias 18% y

consulta externa 21%.

- Los servicios que presentan mayor porcentaje de felicitaciones son: Hospitalización pediatría 20%, UCI Neonatal 50%.
- Comparando el resultado con la vigencia anterior (2022), se evidencia una disminución en el número de quejas en el servicio de urgencias de la entidad de un 20%. Esto demuestra las acciones implementadas en la entidad por mejorar la prestación de servicio en la mencionada área.

Dentro de las recomendaciones en los informes semestrales se encuentran:

- Implementar una herramienta de seguimiento que genere alarmas previas al vencimiento de las respuestas evitando de esta manera el riesgo de vencimiento de términos.
- Socializar los diferentes canales de comunicación para el reporte de PQRSDf, a los usuarios, ya que, de acuerdo al análisis realizado, los buzones son los más usados.
- A la mesa técnica de PQRSDf se le recomienda, realizar seguimiento de las respuestas emitidas por los profesionales de la salud a las quejas presentadas por los usuarios y en lo posible realizar un plan de mejora.

➤ **Informe seguimiento plan anticorrupción y atención al ciudadano**

De acuerdo a la Guía “Estrategias para la construcción del plan de desarrollo y atención al ciudadano”, para la implementación del plan anticorrupción se deben tener en cuenta los siguientes componentes:

7. Gestión del riesgo de corrupción
8. Racionalización de trámites
9. Rendición de cuentas
10. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
11. Mecanismos para la transparencia y el acceso a la información
12. Iniciativas adicionales.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Oficina de Control Interno realizó la evaluación como tercera línea de defensa y de acuerdo con el análisis realizado, se pudo establecer que el nivel de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano en la vigencia 2023 presentó un cumplimiento del 100%, ubicando a la entidad en el rango del 80% a 100% en una zona ALTA.

Dentro de las recomendaciones en el informe se encuentra continuar fortaleciendo la cultura de gestión de riesgos en la entidad, lo que implica un mayor despliegue, socialización y participación de todos los funcionarios.

➤ Informe de Arqueo de cajas menores

El propósito del informe es realizar el seguimiento al cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con la constitución y funcionamiento de la caja menor, con el fin de verificar el adecuado manejo de la ejecución de los recursos.

Dentro de las conclusiones del informe para la vigencia 2022, se presentaron las siguientes:

- La Caja Menor presenta un manejo adecuado por los funcionarios responsables, los gastos están debidamente soportados, el libro de caja está diligenciado y actualizado.
- Los comprobantes recibos de caja se encuentran debidamente autorizados.
- Se lleva un libro auxiliar de gastos en Excel donde se relacionan por concepto, tercero, Nit, Responsable, centro de costo, unidad funcional, rubro presupuestal y saldo de cada uno y el total de gastos.
- Se lleva registro de la caja menor en el Software CITISALUD módulo Tesorería.
- Se cuenta procedimiento y formato de caja menor y caja general aprobado por parte del área de Calidad.

➤ Informe austeridad y eficiencia del gasto

El Sistema de control interno tiene como propósito fundamental lograr la eficiencia, objetividad y transparencia en el ejercicio de las funciones de las entidades que conforman el estado colombiano. Por lo anterior la oficina asesora de control interno, presenta el análisis de la información del gasto con el fin de determinar el comportamiento del consumo y hechos que llamen la atención, para proceder a proponer recomendaciones y acciones de mejora a que haya lugar.

Una vez analizadas las variaciones en los rubros de gastos en los aspectos como: administración de personal, servicios públicos, pagos de sentencias y conciliaciones y gastos de vehículos; se evidencia el compromiso de la entidad para el cumplimiento de la normatividad sobre austeridad del gasto, si bien se presentan variaciones en algunos rubros, el nivel de gastos ha sido eficaz y eficiente.

2. ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN

La Oficina de control interno fomenta el autocontrol en los funcionarios de la entidad, a través de un proceso de sensibilización, capacitación y divulgación.

Para la vigencia 2023 se realizaron las siguientes actividades:

- Capacitación Esquema Líneas de defensa – Control Interno de Gestión Gobernación de Boyacá.



- Capacitaciones líderes de proceso – AUTOCONTROL



- Campaña mensaje en clave

MENSAJE EN CLAVE

Imaginate que llegas a tu trabajo en el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. y encuentras en tu escritorio unos papeles desgastados dentro de un pequeño cofre. ¿Que podrá ser? ¿Quizá un mensaje en clave? ¿De quién?

ENCUENTRA EL MENSAJE OCULTO Y ESCRÍBELO

5-12 -- 1-21-20-15-3-15-14-20-18-15-12 -- 9-13-16-12-9-3-1
16-12-1-14-5-1-3-9-15-14 -- 25 -- 15-18-7-1-14-9-26-1 3-9-15-14

MENSAJE

Enfoque hacia la prevención - Oficina Asesora de Control Interno

- Participación Feria de Humanización – Política de Control Interno



 Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.

Política de control interno.

El hospital Regional de Sogamoso E.S.E, **se compromete a establecer políticas, acciones, mecanismos, métodos, planes y controles**, con el fin de que todas sus actividades, operaciones y actuaciones se realicen de acuerdo con la normatividad vigente, generando controles y/o alertas oportunas y necesarias para la toma de decisiones.

**RESOLUCIÓN 283
DEL 24 DE AGOSTO DE 2022**

3. Evaluación de la Gestión del Riesgo

La Guía para la Administración de Riesgos y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5, vigencia 2020, define un riesgo de corrupción como la posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado. “Esto implica que las prácticas corruptas son realizadas por actores públicos y/o privados con poder e incidencia en la toma de decisiones y la administración de los bienes públicos” (CONPES N° 167 de 2013), así mismo, el Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, debe adelantar seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción, verificando la efectividad de los controles, su gestión y evolución.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Oficina Asesora de Control Interno realizó el seguimiento de la matriz de riesgos de corrupción cuatrimestralmente en la vigencia 2023.

La Oficina de Control Interno, como Tercera Línea de defensa, en la actividad de revisión de manera independiente y objetiva, presenta las siguientes conclusiones:

- Del seguimiento efectuado al mapa de riesgos de corrupción de la entidad, se concluye que, en el periodo comprendido entre septiembre - diciembre de 2023, no se materializó ningún riesgo de corrupción. Por lo anterior, se puede indicar que los controles o actividades de control establecidas, están operando de manera efectiva.
- De acuerdo a los seguimientos realizados por la tercera línea de defensa - Oficina asesora de control interno, se evidencia que en la vigencia 2023 no se materializó ningún riesgo de corrupción.
- Se evidencia publicación del mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2023 en la página web del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. en el cual se identificaron 16 riesgos.

Dentro de las recomendaciones para la entidad en cuanto a la administración de riesgos, están las siguientes:

- Realizar capacitación continua a los líderes de proceso y sus equipos de trabajo en el tema de Administración de riesgos y el diseño de controles.

4. Relación con entes externos de control

La oficina de control interno, sirve como puente entre los entes externos de control y la entidad, facilitando el flujo de información con dichos organismos y desarrollará sus actividades considerando el Rol de Relación con Entes de Control, reglamentado por el Decreto 648 de 2017: “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario único del Sector de la Función Pública” y los lineamientos técnicos de la Función Pública.

Para la vigencia 2023, la oficina de control interno facilitó los requerimientos de los entes de control externo (Superintendencia Nacional de Salud y Contraloría General de Boyacá) y la coordinación de los informes de la entidad. A continuación, se presenta las actividades con cada uno de los entes de control externo que estuvieron en la entidad en la vigencia 2023.

- Contraloría General de Boyacá

Notificación informe final de la auditoría financiera y de gestión abreviada de la vigencia fiscal 2022: 29 de diciembre de 2023.

N° de hallazgos: 11

Presentación plan de mejoramiento: 11 de enero de 2024.

FENECIMIENTO DE LA CUENTA FISCAL VIGENCIA 2022

- Superintendencia Nacional de Salud

Mesa técnica para acciones de inspección y vigilancia

Periodo evaluado: Enero – junio 2023.

Grado de cumplimiento: 100%

Auditoría Integral

Fecha de la auditoría: 27 de noviembre al 01 de diciembre de 2023.

Notificación informe final de la auditoría: 16 de febrero de 2024

N° de hallazgos: 33

Presentación plan de mejoramiento: 28 de febrero de 2024.

5. Evaluación y Seguimiento

La auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, planeada para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad. Las auditorías ayudan a la entidad a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos del Hospital Regional de Sogamoso ESE.

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a través del acta 01, de fecha 30 de enero de 2023, aprobó el plan anual de auditoría basado en riesgos para la vigencia 2023, en el cual se plantearon auditorías a los siguientes procesos:

- Gestión Comercial
- Gestión de calidad
- Gestión Talento humano
- Gestión de ambiente físico
- IPS en Red
- Gestión Jurídica

A continuación, se presenta el resultado de las auditorías realizadas en la vigencia 2023:



Por otro lado, se encuentra el seguimiento a los planes de mejoramiento de la entidad producto de las auditorías internas realizadas. A continuación, se presenta el resultado del análisis de la evaluación y seguimiento de la vigencia 2023:

N°	PROCESO	HALLAZGOS	ESTADO		OBSERVACIONES
			ABIERTO	CERRADO	
1	Gestión de bienes y servicios (Almacén)	4	1	3	El proceso ha aportado evidencia de las acciones realizadas tendientes a mejorar las debilidades encontradas en la auditoría especial, logrando levantar 3 de los hallazgos.
	Gestión de bienes y servicios (Activos Fijos)	4	4	0	Las evidencias allegadas no cumplen con la efectividad para el levantamiento de los hallazgos. Por lo tanto el subproceso debe continuar con la realización de las acciones correctivas.
2	Subproceso farmacia	7	4	3	El subproceso ha aportado evidencia de las acciones realizadas tendientes a mejorar las debilidades encontradas en la auditoría especial, logrando levantar 3 de los hallazgos.
3	Subproceso contratación	3	3	0	En la vigencia 2023 se realizó auditoría al proceso Gestión Jurídica y se integró los 2 hallazgos producto de la auditoría de la vigencia 2022, por este motivo cambia el número de hallazgos respecto al seguimiento anterior. El proceso se encuentra realizando las acciones correctivas con el fin de dar cumplimiento al plan de mejoramiento.
4	Subproceso de auditoría médica	4	2	2	El subproceso ha aportado evidencia de las acciones realizadas tendientes a mejorar las debilidades encontradas en la auditoría especial, logrando levantar 2 de los hallazgos.
5	Subproceso facturación	4	2	2	El subproceso ha aportado evidencia de las acciones realizadas tendientes a mejorar las debilidades encontradas en la auditoría especial, logrando levantar 2 de los hallazgos.

N°	PROCESO	HALLAZGOS	ESTADO		OBSERVACIONES
			ABIERTO	CERRADO	
6	Gestión Comercial	4	4	0	El proceso se encuentra realizando las acciones correctivas con el fin de dar cumplimiento al plan de mejoramiento. En el siguiente seguimiento se revisará la efectividad de las acciones.
7	Gestión de Calidad	6	6	0	El proceso se encuentra realizando las acciones correctivas con el fin de dar cumplimiento al plan de mejoramiento. En el siguiente seguimiento se revisará la efectividad de las acciones.
8	Gestión Talento Humano	4	4	0	El proceso se encuentra realizando las acciones correctivas con el fin de dar cumplimiento al plan de mejoramiento. En el siguiente seguimiento se revisará la efectividad de las acciones.
9	Gestión de Ambiente Físico	6	6	0	El proceso se encuentra realizando las acciones correctivas con el fin de dar cumplimiento al plan de mejoramiento. En el siguiente seguimiento se revisará la efectividad de las acciones.
10	IPS en Red	8	7	1	El proceso ha aportado evidencia de sus acciones realizadas tendientes a mejorar las debilidades encontradas en la auditoría especial, logrando levantar 1 de los hallazgos.
11	Seguimiento Especial Subproceso Farmacia – Dispensación Fecha:06 de Diciembre de 2023	2	2	0	El proceso se encuentra realizando las acciones correctivas con el fin de dar cumplimiento al plan de mejoramiento. En el siguiente seguimiento se revisará la efectividad de las acciones.
12	Seguimiento Especial Subproceso Farmacia – Bodega Principal Fecha:15 de Diciembre de 2023	1	1	0	El proceso se encuentra realizando las acciones correctivas con el fin de dar cumplimiento al plan de mejoramiento. En el siguiente seguimiento se revisará la efectividad de las acciones.
13	Seguimiento Especial Subproceso Farmacia – Dispensación Fecha:19 de Diciembre de 2023	2	2	0	El proceso se encuentra realizando las acciones correctivas con el fin de dar cumplimiento al plan de mejoramiento. En el siguiente seguimiento se revisará la efectividad de las acciones.

La Oficina de Control Interno, como Tercera Línea de defensa, en la actividad de revisión de manera independiente y objetiva, presenta las siguientes conclusiones:

- Para el corte de 31 de diciembre de 2023 se tienen 13 planes de mejoramiento abiertos producto de auditorías internas realizadas por los entes de control interno de la entidad.
- Se evidencia un esfuerzo por parte del proceso Gestión de Bienes y Servicios, Farmacia, Auditoría médica y Facturación, por cumplir con las metas propuestas en el plan de mejoramiento y de esta manera asegurar el cierre de los hallazgos establecidos en las auditorías.
- Para la vigencia 2023 se realizaron 3 auditorías internas de gestión y 3 auditorías especiales.
- En el mes de diciembre de 2023 se realizaron 3 seguimientos especiales al subproceso de Farmacia, en cuanto al tema de Inventarios en la bodega principal y Dispensación.



CONCLUSIONES

Se dio estricto cumplimiento a la presentación de los informes de Ley, en la vigencia 2022 y 2023.

El plan anual de auditorías basado en riesgos para la vigencia 2022 se cumplió en el 100%.

El plan anual de auditorías basado en riesgos para la vigencia 2023 obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 93%, las actividades que presentan rezago son la realización de auditorías a los siguientes procesos: Gestión de recursos informáticos, Auditoría médica y devoluciones y activos fijos.

Teniendo en cuenta el informe definitivo N° 117 de la auditoría financiera y de gestión abreviada, realizada por la Contraloría General de Boyacá, en el numeral 1.6. Fenecimiento de la cuenta Fiscal menciona lo siguiente: “La Contraloría General de Boyacá, como resultado de la Auditoría Financiera y de Gestión Abreviada adelantada a la Vigencia 2022, FENECE la cuenta rendida por el Hospital Regional de Sogamoso ESE, de la vigencia Fiscal 2022, como resultado de la Opinión Presupuestal Sin Salvedades, la Opinión Financiera Sin Salvedades y el Concepto sobre la Gestión con observaciones, lo que arrojó una calificación consolidada de 87,0 puntos”

De acuerdo a los seguimientos realizados por la tercera línea de defensa - Oficina asesora de control interno, se evidencia que en la vigencia 2022 - 2023 no se materializó ningún riesgo de corrupción.

Mediante las evaluaciones independientes y actividades de enfoque hacia la prevención, se promovió el entendimiento de los roles y responsabilidades en toda la entidad con respecto, al sistema de Control Interno, el modelo integrado de planeación y gestión – MIPG y las líneas de defensa, lo que permite el mejoramiento continuo.

