

**FORMATO ÚNICO
ACTA DE INFORME DE GESTIÓN
(Ley 951 de marzo 31 de 2005)**

1. DATOS GENERALES:

A. NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE QUE ENTREGA:

EDWIN LEONARDO REYES MANJARRES

B. CARGO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MIPG Y FURAG DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE

C. ENTIDAD (RAZON SOCIAL):

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE

D. CIUDAD Y FECHA:

Sesquilé, 30/01/2025

E. FECHA DE INICIO DE LA GESTIÓN:

1 de enero de 2024

F. CONDICIÓN DE LA PRESENTACIÓN:

31 de diciembre de 2024

G. NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE:

EDWIN ORLEY ORJUELA CORTES SUBGERENTE



INFORME RESUMIDO O EJECUTIVO DE LA GESTIÓN

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la Circular No. 01 de 2021, del Consejo Asesor del Gobierno en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, respecto de los lineamientos generales para la selección y entrega del cargo de jefe de control interno o quien haga sus veces, así como de la Ley 951 de 2005, la Resolución 5674 de 2005 de la CGR, la Circular CGR 11 de 2006 y la Directiva 06 de 2007 de la PGN, se presenta el siguiente informe de gestión y entrega del cargo.

La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital San Antonio de Sesquilé, contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos teniendo como enfoque la debida Administración del Riesgo, Control y Gestión de los mismos en la institución, a través de un ejercicio independiente y objetivo de evaluación y seguimiento, y teniendo en cuenta que la gestión debe guardar la debida independencia para garantizar la objetividad de sus evaluaciones y seguimientos, enmarca todas sus actividades en las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 para las Oficinas de Control Interno en la asesoraría, evaluación y acompañamiento a las áreas así como en el mejoramiento continuo para el cumplimiento de la misión institucional; por otra parte, el Decreto 1499 de 2017 el cual actualiza el modelo de gestión para las entidades del estado y define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, así como lo descrito en la actualización de la Cartilla de Administración Pública “Rol de las Oficinas de Control Interno, Auditoría interna o quien haga sus veces” emitida por el Departamento Administrativo de la Gestión Pública”

De acuerdo a lo definido en el Decreto Nacional 1083 de 2015, por medio del cual se crea el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, el Decreto 648 de 2017, donde se definen como roles de las Oficinas de Control Interno el liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control, y el Sistema de Gestión de Calidad - Proceso de Evaluación Independiente, se presentan los resultados de la gestión adelantada por la Oficina de Control Interno para el periodo 2024.



1. ROL DE LIDERAZGO ESTRATÉGICO

Las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces deberán posicionar su labor con el fin de contribuir de manera independiente en la consecución de los objetivos de sus entidades.

Con el fin de contribuir en la consecución de los objetivos de las entidades, los jefes de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces, deben convertirse en actores estratégicos por medio de la generación de valor a la entidad y la alerta de manera oportuna sobre aquellos riesgos actuales o potenciales que pueden afectar el desempeño institucional.

Dando cumplimiento a lo requerido en el presente rol para las Oficinas de Control Interno, durante la vigencia 2024 la OCI participó como invitado sin voto, en los diferentes Comités institucionales que adelantó la entidad, actuando como observador y generando las recomendaciones que hubiere lugar a la administración en el desarrollo de las mismas, articulando así el rol de Enfoque Hacia la Prevención.

1.1 COMITES DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

Durante el primer semestre 2024, dando cumplimiento a la Resolución 058 de 2018 por medio del cual se actualiza el Comité institucional de Coordinación de Control Interno; se realizó una (1) sesión ordinaria del Comité de Coordinación de Control Interno, en el marco de este comité, se realizó la presentación por parte de la Oficina de Control Interno, del programa anual de auditorías 2024, así como el resultado de la ejecución del programa de anual de auditoria 2024.

SESIONES COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO 2023

Vigencia	Numero de Sesiones	Fechas y descripción
2024	2	31 de enero de 2024 - Se presento en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la



lectura y aprobación Acta anterior, Resultado de la gestión OCI - Plan Anual de Auditorias Vigencia 2024, Aprobación Plan de Auditorias la E.S.E.

08 de noviembre de 2024 - Se presento en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la lectura y aprobación Acta anterior, Resultado de la gestión OCI - Plan Anual de Auditorias Vigencia 2024, Cumplimiento del plan de auditoria

Tabla 1. Fuente: Información con corte a 31 de diciembre de 2024 - OCI.

.2 INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 2023, EN CONSIDERACION CON LA “CIRCULAR EXTERNA N. 100-006 DE 2019”

INFORMACIÓN A ENTREGAR	Periodo Evaluado	Fecha Rendición del Informe	Resultado de la evaluación
Informe Semestral Independiente del Sistema de Control Interno	Enero junio de 2024	31 de julio de 2024	91%
Informe Semestral Independiente del Sistema de Control Interno	Julio diciembre de 2024	30 de enero de 2025	91%

Tabla 2. Fuente: Información con corte a 31 de diciembre de 2024 - OCI.

1.3 INFORME PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2023 “Ley 1474 de 2011 del Estatuto Anticorrupción”.



INFORMACIÓN A ENTREGAR	Periodo Evaluado	Fecha Rendición del Informe	Resultado de la evaluación
Informe plan anticorrupción y atención al ciudadano III Cuatrimestre 2024.	septiembre a diciembre de 2024	Presentado y publicado el 12 de enero de 2025	94%

Tabla 3. Fuente: Información con corte a 31 de diciembre de 2024 - OCI.

2. ROL RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS DE CONTROL

La unidad de control interno, auditoría interna, o quien haga sus veces, sirve como puente entre los entes externos de control y la entidad, además, facilita el flujo de información con dichos organismos.

Para el desarrollo de este rol se debe identificar previamente la información referente a: fechas de visita, alcance de las auditorías, informes periódicos, requerimientos previos del órgano de control, entre otros aspectos, los cuales pueden ser previstos y comunicados oportunamente a la administración.

Adelantando las funciones enmarcadas en este Rol, la Oficina de Control Interno presentó en la vigencia 2023, los informes que por mandato legal le corresponden, con la frecuencia y condiciones que se relacionan a continuación. Es importante mencionar que la elaboración de estos informes, se fundamentó en ejercicios de seguimientos o auditorías que permitieran emitir una opinión objetiva e independiente.

2.1 AUDITORÍAS ENTES DE CONTROL

Se presenta el resultado emitido de los seguimientos a los planes de mejoramiento resultado de las auditorías practicadas por la Contraloría de Cundinamarca 2024, como se detalla:

Planes de mejoramiento resultado de Auditorías Externas:



Durante las vigencias 2024 se atendieron una (1) visita de control fiscal por parte del ente de control y (1) de cumplimiento por parte de la Contraloría de Cundinamarca.

En donde:

1. Para la Auditoria de cumplimiento vigencia 2023, realizado en la vigencia 2024, se envió a la contraloría la formulación del plan de mejoramiento y de acuerdo a la programación, se envió en el mes de noviembre de 2024 el primer avance de cumplimiento.
2. Esta oficina acompañó los procesos de auditoría desde su inicio y hasta la construcción de los planes de mejoramiento.

3. Auditorías a Procesos

Objetivo General

El objetivo general de la auditoría para la vigencia 2024 es aprobar el plan de auditoría de la Empresa Social del Estado San Antonio de Sesquilé, asegurando la calidad y el cumplimiento de los procesos institucionales.

Objetivos Específicos y Cumplimiento

- **Analizar los procesos institucionales de acuerdo a la prioridad y nivel de riesgo para realizar auditorías.**

Se realizó un análisis exhaustivo de los procesos priorizados, incluyendo:

- Subproceso de Farmacia
- Subproceso de Transporte Asistencial
- Subproceso de Talento Humano
- Subproceso de Almacén e Inventarios
- Subproceso de Sistemas de Información

Auditorias realizadas

1. **Auditoría de Farmacia:** Se cumplió satisfactoriamente y los resultados están publicados en la página de la entidad del Hospital San Antonio de Sesquilé.



2. **Auditoría de Almacén:** Se cumplió satisfactoriamente y los resultados están publicados en la página de la entidad del Hospital San Antonio de Sesquilé.
3. **Auditoría de Contratación:** Se cumplió satisfactoriamente y los resultados están publicados en la página de la entidad del Hospital San Antonio de Sesquilé.
4. **Auditoría de Transporte:** Se cumplió satisfactoriamente y los resultados están publicados en la página de la entidad del Hospital San Antonio de Sesquilé.
5. **Auditoría de SIAU:** Se cumplió satisfactoriamente y los resultados están publicados en la página de la entidad del Hospital San Antonio de Sesquilé.
6. **Auditoría de Salud y Seguridad en el Trabajo:** Se cumplió satisfactoriamente y los resultados están publicados en la página de la entidad del Hospital San Antonio de Sesquilé.
7. **Auditoría de Talento Humano:** Se cumplió satisfactoriamente y los resultados están publicados en la página de la entidad del Hospital San Antonio de Sesquilé.
8. **Auditoría de Sistemas de Información:** Se cumplió satisfactoriamente y los resultados están publicados en la página de la entidad del Hospital San Antonio de Sesquilé.
9. **Auditoría de Planeación:** Se cumplió satisfactoriamente y los resultados están publicados en la página de la entidad del Hospital San Antonio de Sesquilé.

- **Seguimientos de Calidad**

10. Avance del Programa de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo "CALIDAD": Se monitorearon los avances en la implementación del programa, asegurando la mejora continua en la salud laboral.
11. Comunicación efectiva y humanización activa "CALIDAD": Se evaluaron las estrategias de comunicación interna y la atención al paciente, promoviendo un ambiente de trabajo humanizado.
12. Infecciones asociadas a la atención en salud "CALIDAD": Se realizó un seguimiento a las tasas de infecciones, implementando medidas preventivas y correctivas.



13. Identificación correcta de pacientes "CALIDAD": Se verificó la correcta identificación de pacientes en todos los servicios, minimizando riesgos de errores.
14. Prevención de caídas "CALIDAD": Se implementaron protocolos de prevención de caídas, evaluando su efectividad en la reducción de incidentes.
15. Medicamentos Seguros "CALIDAD": Se revisaron los procesos de administración de medicamentos, asegurando la seguridad del paciente.
16. Prevención de Úlceras por presión "CALIDAD": Se monitorearon las prácticas de cuidado para prevenir úlceras, implementando capacitaciones al personal.
17. Oportunidad en contestación de requerimientos. Planes de mejora "CALIDAD": Se evaluó la respuesta a requerimientos de pacientes y personal, estableciendo planes de mejora.
18. Paciente Trazador "CALIDAD": Se implementó el seguimiento de pacientes trazadores, asegurando la calidad en la atención.
19. Historias Clínicas de urgencias "CALIDAD": Se revisaron las historias clínicas, garantizando su integridad y actualización.
20. Programa de Farmacovigilancia "CALIDAD": Se evaluó la implementación del programa, asegurando la seguridad en el uso de medicamentos.
21. Maternidad Segura "CALIDAD": Se revisaron los protocolos de atención en maternidad, garantizando la seguridad de madres e hijos.
22. Seguimiento Auditoría de Evaluación de adherencia a GPC (Guía de Práctica Clínica) de crecimiento y desarrollo: Se evaluó la adherencia a las guías establecidas, promoviendo la calidad en la atención pediátrica.
23. Seguimiento Auditoría de Evaluación de adherencia a GPC (Guía de Práctica Clínica) de Hipertensión: Se revisó la adherencia a las guías en el manejo de hipertensión, asegurando la calidad del tratamiento.



24. Seguimiento Auditoría de Evaluación de adherencia a GPC (Guía de Práctica Clínica) Dengue: Se evaluó la adherencia a las guías en el manejo del dengue, promoviendo la prevención y tratamiento adecuado.
25. Seguimiento Auditoría de reingresos por el mismo diagnóstico en el servicio de urgencias antes de las 72 horas: Se monitorearon los reingresos, identificando áreas de mejora en la atención.
26. Seguimiento Auditoría de reingresos por el mismo diagnóstico al servicio de hospitalización antes de los 15 días: Se evaluaron los reingresos, implementando estrategias para mejorar la atención.
27. Seguimiento a la implementación Ruta Promoción y Mantenimiento de la Salud (ciclos de vida): Se revisó la implementación de la ruta, asegurando su efectividad en la atención a diferentes grupos etarios.
28. Seguimiento a la implementación RIAMP - Ruta Integral de Atención a la Población Materno Perinatal: Se evaluó la implementación de la ruta, garantizando la atención integral a la población materno-perinatal.
29. Seguimiento Estrategia IAMI, verificación funcionalidad COMITÉ IAMI - CERTIFICACIÓN: Se revisó la funcionalidad del comité, asegurando su operatividad y certificación.

- **Seguimientos Control Interno**

30. Seguimiento a funcionalidad Comités - semestral: Se evaluó la operatividad de los comités, asegurando su cumplimiento de funciones.
31. Seguimiento planes de mejoramiento internos - semestral: Se revisaron los planes de mejora, evaluando su implementación y efectividad.
32. Seguimiento POA Control Interno - trimestral: Se monitoreó el cumplimiento del Plan Operativo Anual de Control Interno.
33. Seguimiento Inventarios Farmacia y Almacén: Se realizó un seguimiento a los inventarios, asegurando su correcta gestión.



34. Seguimiento Plan de Humanización Institucional - cuatrimestral: Se evaluó la implementación del plan, promoviendo la humanización en la atención.
35. Seguimiento control de informes - semestral: Se revisaron los informes generados, asegurando su calidad y oportunidad.
36. Seguimiento Ley 1712 de 2014, Seguimiento Índice de Transparencia - Anual: Se evaluó el cumplimiento de la ley, promoviendo la transparencia en la gestión.
37. Evaluación de Controles de Riesgos de gestión: Se revisaron los controles de riesgo, asegurando su efectividad.
38. Seguimiento al plan de acción MIPG 2023: Se monitoreó la implementación del plan, asegurando su cumplimiento.
39. Seguimiento plan de mejoramiento Rendición de Cuentas: Se evaluó el plan de rendición de cuentas, promoviendo la transparencia.

• Informes de Ley

40. Evaluación Anual del Sistema de Control Interno Contable: Se elaboró el informe anual, cumpliendo con la Resolución 357 de 2008.
41. Elaboración de un informe semestral del estado del control interno: Se publicó el informe en la página web de la entidad, cumpliendo con la Ley 1474 de 2011.
42. Informe PQRSF semestral al representante legal: Se elaboró el informe conforme al Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.
43. Seguimiento al Programa de transparencia y ética pública: Se realizó un seguimiento cuatrimestral, promoviendo la ética en la gestión.
44. Seguimiento al Plan de Mejoramiento Contraloría: Se elaboraron informes intermedios y anuales de rendición de cuentas.
45. Informes de Gestión Oficina de Control Interno: Se elaboraron informes de gestión, asegurando la transparencia.



46. Informes de Evaluación por dependencias: Se realizaron evaluaciones por cada dependencia, promoviendo la mejora continua.
47. FURAG II: Se elaboró el informe correspondiente, asegurando el cumplimiento de la normativa.
48. Informe Austeridad en el Gasto - Trimestral: Se presentó el informe trimestral, evaluando la austeridad en el gasto.

5. ROL EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

A través de este rol, las unidades u oficinas de control Interno, auditoría interna, o quien haga sus veces, deben proporcionar un aseguramiento objetivo a la Alta Dirección (línea estratégica) sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la entidad para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos estén adecuadamente definidos, sean gestionados apropiadamente y que el sistema de control interno está siendo operado efectivamente.

Teniendo en cuenta las competencias asignadas a la OCI en cuanto a la evaluación del gestión de riesgo de la entidad, se realiza el acompañamiento a la socialización por parte del grupo de planeación la nueva herramienta para la construcción y actualización del Mapa de Riesgos, en la cual se incluye: Determinación de líneas de defensas, definición de mapa de calor, definición de riesgos, identificación de causas, autoevaluación por la segunda línea de defensa, seguimiento por la tercera línea de defensa, evaluación del riesgo y articulación con principios del código de integridad.

La Oficina de Control Interno en la vigencia 2024, comunicó los resultados de la verificación al cumplimiento de las acciones emprendidas por la ESE Hospital, para la definición y tratamiento de los riesgos institucionales identificadas en los procesos, así como la debida aplicación de la metodología adoptada para la gestión de sus riesgos.

La E.S.E adoptó la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, teniendo en cuenta el análisis del contexto estratégico, la identificación, valoración y



monitoreo por proceso, con la consolidación del Mapa de Riesgos Institucional, el cual fue diseñado y actualizado de acuerdo a los nuevos lineamientos y asesoría por parte de las oficinas de Planeación y control interno.

En este orden de ideas se procedió por parte de control interno a realizar el seguimiento y la evaluación al mapa de riesgos vigente, verificando las acciones definidas por la ESE para la administración del riesgo a través de la observación y revisión de los registros soporte de cada acción propuesta y la aplicación de la metodología para la definición tanto de los riesgos como de sus controles.

5. ROL EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO Y ROL ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN

A través de este rol, las unidades de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces deben desarrollar una actividad de evaluación de manera planeada, documentada, organizada, y sistemática, con respecto a las metas estratégicas de gran alcance (mega), resultados, políticas, planes, programas, proyectos, procesos, indicadores, y riesgos, que la entidad ha definido para el cumplimiento de su misión, en el marco del sistema de control interno. Es importante resaltar que este rol debe desarrollarse de manera objetiva e independiente.

6.1 INFORMES DE LEY

Durante la vigencia 2024, la oficina de control interno, ha elaborado y presentado con oportunidad y calidad los siguientes informes de ley.

6.1.1 INFORME PQRSF

La Oficina de Control Interno, de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Fómeque, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, presenta el informe de seguimiento y evaluación al tratamiento de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF), interpuestas por la ciudadanía durante el periodo comprendido entre el mes de junio a diciembre 2024.



6.1.2 INFORME DE EVALUACION POR DEPENDENCIAS:

Se elaboro, presento y publico el Informe de evaluación por dependencias el 15 de enero de 2025, dando cumplimiento a los lineamientos para su elaboración que se encuentran estipulados en la Circular [04](#) del 27 de Septiembre de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las Entidades del orden Nacional y Territorial.

6.1.3 INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Se elaboro y presento la evaluación correspondiente verificando la existencia y efectividad de los procedimientos contables del Régimen Contabilidad Pública, y fue rendido el 15 de febrero en el aplicativo CHIP.

6.1.4. SEGUIMIENTO POA DE LA OCI 2024:

La Oficina de Control Interno, elaboraron y presentaron los informes en cumplimiento de las actividades establecidas en el POA vigencia 2024. Estos informes fueron presentados trimestralmente oportunamente a través de correo interno al proceso de Gestión de Planificación y Calidad para seguimiento a las actividades propuestas en los mencionados planes.

6.1.5 SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN MIPG 2024

La oficina de Control Interno realizó seguimiento al plan de acción resultado del informe de desempeño institucional 2024, y se presentó a Calidad como a Gerencia para su conocimiento y toma de decisiones.

7. ENFOQUE A LA PREVENCIÓN

En aras de fomentar la cultura de autocontrol de la ESE, la Oficina de Control Interno brindó asesoría permanente durante la vigencia 2024, en la construcción de los controles preventivos y detectivos producto de los hallazgos identificados en las auditorias como en los seguimientos de ley. se ha atendido de manera independiente a diferentes líderes de procesos para



subsanan dificultades presentadas con la gestión interna, se soporta con actas de reunión que dan evidencia de los compromisos adquiridos y reportes entregados.

ENTREGA GESTION DOCUMENTAL FISICOS 2024:

- + Planes de mejoramiento auditorias entes de control**
- + Auditorías internas**
- + Comités de Coordinación de Control Interno**
- + Informes de ley y seguimientos**

ENTREGA GESTION DOCUMENTAL DIGITALES:

Se entrega, la siguiente base de datos de todos los informes de ley, auditorías internas, seguimientos, planes de mejoramiento que se han realizado en la ESE 2024

8. CONCLUSIONES

Cumplimiento del Plan Anual de Auditoría: La Oficina de Control Interno ha demostrado un compromiso sólido con el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría. A través de la ejecución de auditorías programadas y la implementación de recomendaciones, se ha garantizado la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión de recursos del hospital.

Transversalidad en Todas las Áreas: Es fundamental resaltar que la Oficina de Control Interno opera de manera transversal en todas las áreas del hospital. Esta característica permite una visión integral de los procesos y procedimientos, asegurando que se mantengan los estándares de calidad y eficiencia en cada departamento.

Mejora Continua: La labor de la Oficina de Control Interno no solo se limita a la supervisión, sino que también promueve la mejora continua. Al identificar áreas de oportunidad y proponer soluciones, contribuye al fortalecimiento de los controles internos y a la optimización de los procesos hospitalarios.

Fortalecimiento de la Cultura de Control: La presencia activa de la Oficina de Control Interno fomenta una cultura de control y prevención en el hospital. Esto es esencial para mitigar riesgos y asegurar que todos los colaboradores



comprendan la importancia de seguir los lineamientos establecidos.

Impacto en la Gestión Hospitalaria: El cumplimiento del Plan Anual de Auditoría y la transversalidad de la Oficina de Control Interno impactan positivamente en la gestión hospitalaria, mejorando la confianza de los usuarios y garantizando un servicio de calidad.

Atentamente,

Edwin Leonardo Reyes Manjarres
Oficina de Control Interno

