

1-1-2005

Evaluación del sistema de control interno en la empresa social del estado - Hospital Local de Tauramena ESE- HLT y propuesta de mejoramiento

Oliva Velandia Becerra
Universidad de La Salle, Bogotá

Manuel Barbosa Salamanca
Universidad de La Salle, Bogotá

Follow this and additional works at: https://ciencia.lasalle.edu.co/contaduria_publica

Citación recomendada

Velandia Becerra, O., & Barbosa Salamanca, M. (2005). Evaluación del sistema de control interno en la empresa social del estado - Hospital Local de Tauramena ESE- HLT y propuesta de mejoramiento. Retrieved from https://ciencia.lasalle.edu.co/contaduria_publica/159

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Economía, Empresa y Desarrollo Sostenible - FEEDS at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Contaduría Pública by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA (ESE – HLT) Y
PROPUESTA DE MEJORAMIENTO**

**OLIVA VELANDIA BECERRA
COD: 17951108
MANUEL BARBOSA SALAMANCA
COD: 17921235**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE CONTADURÍA
BOGOTA DC.
2005**

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA (ESE – HLT) Y
PROPUESTA DE MEJORAMIENTO**

**OLIVA VELANDIA BECERRA
COD: 17951108
MANUEL BARBOSA SALAMANCA
COD: 17921235**

**Dr. EDUARDO RODRÍGUEZ PATIÑO
Asesor técnico
Dra. ALICIA ALDANA
Asesor metodológico**

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE CONTADURÍA
BOGOTA DC.
2005**

Nota de aceptación.

Firma del Presidente del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, D.C. septiembre de 2005

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primera instancia a Dios creador y fuente de toda sabiduría, por iluminarnos día a día con su espíritu de entendimiento y amor.

A nuestro asesor técnico Eduardo Rodríguez Patiño, por su aporte y apoyo fundamental para el desarrollo de este trabajo.

A la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena por brindarnos la información necesaria para llevar a cabo nuestro trabajo de grado y a todas las personas de la empresa que de una u otra forma nos colaboraron para la realización del mismo.

DEDICATORIA

Dedico este triunfo a mis padres, mis hermanos y a mi esposo, quienes con su esfuerzo e incondicional apoyo y amor contribuyeron al logro de esta meta y han hecho de mi el ser humano que soy.

Oliva Velandia Becerra

A mi esposa por su amor incondicional

A mi madre, mi abuela y mi hija, quienes siempre han sido ejemplo en mi vida

A mi hermano por su apoyo y cariño

A mi compañera de Tesis, por su apoyo y paciencia.

Manuel A. Barbosa Salamanca

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	11
1. PLANTEAMEINTO DEL PROBLEMA	13
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	13
1.2 FORMULACION	14
1.3 OBJETIVOS	14
1.3.1 Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos especificos	14
1.4 JUSTIFICACION	15
2. MARCO REFERENCIAL	16
2.1 MARCO CONCEPTUAL	16
2.2 CONTEXTUALIZACION DE LA ESE - HLT	20
2.2.1 Antecedentes	20
2.2.2 Plan de desarrollo hospital local de Tauramena	21
2.2.3 Estructura organizacional - área administrativa	29
2.2.4 Funciones	29
2.3 MARCO TEORICO REFERENCIAL	32
2.3.1 Teoría general sobre control interno	32
2.3.2 Evolución del control interno	32
2.3.3 Objetivos del control interno	34
2.3.4 Componenetes del control interno	34
2.3.5 Responsabilidades del control interno	36
2.3.6 Informe COSO	37
2.3.7 El control interno en las entidades del estado	39
2.4 Marco legal del control interno estatal	40
3 METODOLOGIA	43
3.1 POBLACION Y MUESTRA	43
3.2 TIPO DE ESTUDIO	43
3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS	43
3.3.1 Observación	43
3.3.2 Cuestionarios COSO	44
3.4 ANALISIS DE RESULTADOS	44
4 RESULTADOS	45
4.1 DIAGNOSTICO DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS	45
4.1.1 Ambiente de control	45

4.1.2 Administración del riesgo	47
4.1.3 Operacionalización de los elementos	49
4.1.4 Documentación	54
4.1.5 Retroalimentación	55
4.2 DIAGNOSTICO DE LA OBSERVACION	57
4.2.1 Oportunidades de mejora y aspectos positivos	58
5. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	62
5.1 CONSTRUCCION DEL CODIGO DE ETICA INSTITUCIONAL	62
5.2 IMPLANTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	64
5.3 CAPACITACION	65
5.4 ADMINISTRACION DEL RIESGO	66
5.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	67
5.6 DISEÑO E IMPLEMENTACION DE INDICADORES DE GESTION	67
5.7 SISTEMAS DE INFORMACION	69
6. CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	72

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Resumen oportunidades de mejora y aspectos positivos	58
Cuadro 2. Resumen del diagnóstico	60

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Criterio de ponderación de los cuestionarios	44
Tabla 2. Evaluación componente - Ambiente de Control	46
Tabla 3. Evaluación componente - Administración del riesgo	48
Tabla 4. Evaluación componente - Operacionalización de los elementos	51
Tabla 5. Evaluación componente – Documentación	54
Tabla 6. Evaluación componente – Retroalimentación	56

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfica 1. Evaluación componente – Ambiente de control	47
Gráfica 2. Evaluación componente – Administración del riesgo	49
Gráfica 3. Evaluación componente – Operacionalización de los elementos	53
Gráfica 4. Evaluación Componente – Documentación	55
Gráfica 5. Evaluación Componente – Retroalimentación	57

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena, (ESE - HLT), y la actualidad del tema del control interno como el instrumento legal que influencia, en gran medida, el manejo gerencial de las organizaciones estatales, se conjugaron con el empeño que el hospital local y, en general, todo el municipio siga avante en su desarrollo y progreso social.

La presente investigación se fundamentó en la teoría del Informe COSO sobre Control Interno y en las normas que brinda la ley colombiana sobre su aplicación en las organizaciones estatales a fin de aplicarlas como herramientas precisas en la evaluación del sistema de control interno respecto a su grado de desarrollo por cada componente y a la posibilidad de su mejoramiento.

En desarrollo del estudio se allegó la información y se consultaron los documentos necesarios en la elaboración del diagnóstico que permitió identificar las fortalezas y debilidades así como las oportunidades y amenazas que pudieran conducir a la definición de estrategias para aprovechar las fortalezas y revisar y prevenir las eventuales consecuencias de las debilidades.

Asimismo, se realizaron las encuestas a funcionarios y directivos de la entidad, quienes expresaron una creciente motivación por profundizar sobre el tema a fin de aprovecharlo adecuadamente en el desempeño de sus funciones. En dichas encuestas basadas en el cuestionario COSO, se aplicó la matriz de evaluación como herramienta que brinda el Departamento Administrativo de la Función Pública para que las entidades del Estado evalúen el grado de desarrollo de su Sistema de Control Interno. Sobre esta base se realizó la evaluación de cada componente y cada uno de los factores que comprenden el componente relacionado, en todas las áreas de la entidad.

Se considera que los objetivos del proceso se han cumplido a cabalidad, en la mayoría de los factores como lo demuestran los resultados de la evaluación de la encuesta, donde fueron utilizados los elementos técnicos del control interno. Por ejemplo, se percibió la transparencia del recurso humano en el ejercicio de sus funciones y en la manifestación del derecho a conocer y utilizar esta herramienta, entre tanto, se dan las condiciones para su adecuada capacitación sobre el tema y la revisión y actualización permanente de su desempeño frente al control interno.

Analizada desde diferentes ángulos, la investigación arroja resultados positivos: en primer lugar, porque aún sin contar con una oficina de control interno formalmente constituida, se hizo evidente que una entidad puede funcionar de manera eficaz y eficiente, cuando existen principios éticos de compromiso e interiorización de responsabilidades, lo cual despeja el camino hacia un mejor ejercicio del sistema

de control interno, como en el caso de la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT).

Por otra parte, los resultados de la investigación arrojan pruebas de que la entidad tiene en la actualidad, condiciones técnicas, financieras, estructurales que relacionadas con el recurso humano pueden ser utilizadas en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, lo cual permitirá acrecentar aún más el nivel de su gestión.

Es de esperarse que este prototipo de empresa estatal sea emulado por otras organizaciones gubernamentales en una mayor gestión para alcanzar los obligantes objetivos que le exige la administración de la hacienda pública.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital Local de Tauramena, está jurídicamente organizado como una Empresa Social del Estado, lo cual constituye una categoría especial de entidad pública, de nivel municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Presta los servicios de: consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía de pomey, ginecología, actividades de promoción y prevención, odontología, laboratorio clínico, laboratorio de rayos X, terapia física y terapia respiratoria.

En lo que se refiere a su organización general y al control de las actividades inherentes al desarrollo de la labor que la ley le impone y la comunidad necesita, se reconoce una gestión eficiente por parte de la administración. Sin embargo, ésta puede mejorar por tratarse de una empresa de carácter social que debe velar no sólo por la salud y la calidad de vida sino de la vida misma de los beneficiarios de estos servicios.

Es de anotar que la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT) ha evolucionado en aspectos como su infraestructura física, su estructura administrativa y el nivel profesional de su personal médico, como factores relevantes de su organización. Sin embargo, se considera que no está por demás que el sistema de control interno sea implementado como herramienta no solamente legal sino gerencial que contribuya a aumentar los beneficios hacia la misma empresa y también a la comunidad.

El propósito que impulsa este estudio es la evaluación del control interno existente y la presentación de una propuesta de mejoramiento del mismo lo cual, implementado adecuadamente ayudará a despejar el camino hacia niveles óptimos en el desarrollo del objeto social de la Empresa; fortalecerá aquellos aspectos débiles que ha presentado en su gestión y contribuirá al reordenamiento de los lineamientos sobre la base de los nuevos criterios gerenciales.

Sin embargo, es sano advertir que el control interno no constituye por sí solo la panacea de la administración pública en general ni de esta entidad en particular. Pero sí es posible que favorezca el ascenso en los niveles de eficiencia y manejo de recursos, siempre y cuando, esté acompañado de una gestión eficiente en la alta gerencia, un recurso humano capacitado, consciente de la necesidad y comprometido con la cultura del control interno tanto como dispuesta a activar la participación ciudadana, la descentralización, el alto contenido social y la actitud de servicio.

De acuerdo con el levantamiento de la información, se puede hacer un diagnóstico de la situación desde el cual es indispensable liderar un proceso que permita el enfoque hacia un objetivo de competitividad que incluya la información actualizada y la capacidad gerencial de cumplir los propósitos y metas planeadas con el usufructo de las oportunidades que día a día se presentan. Algunos aspectos administrativos que pueden ser fortalecidos con la aplicación de la presente propuesta y que se deducen de la información suministrada por los funcionarios, son los siguientes:

- No se elaboran indicadores de resultado para presentarlos como requisito en la programación, previsión y toma de decisiones.
- La empresa estableció y documentó los componentes de la planeación estratégica como son: misión, visión, objetivos, metas y políticas, pero no se aseguró de que su personal fuera consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo pueden contribuir al desarrollo empresarial.
- Inexistencia de la oficina de control interno y de los comités de coordinación de control interno, de acuerdo a las normas vigentes.
- No existe código de principios y valores éticos ni reglamento interno de trabajo.

1.2. FORMULACIÓN

¿Cuáles son las debilidades del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado - Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT), y que aspectos son importantes tener en cuenta en la elaboración de la propuesta de mejoramiento que contribuyan a optimizar los niveles de gestión de la empresa?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Evaluar el Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT), mediante la utilización de herramientas de investigación, con el fin de presentar una propuesta de mejoramiento teniendo en cuenta las características que favorecen el cumplimiento de los objetivos sociales de la entidad.

1.3.2 Objetivos específicos

- Recolectar la información general mediante entrevistas no formales, indagaciones y documentación de la empresa para conocer su

contextualización y llevar a cabo un análisis preliminar del Sistema de Control Interno.

- Evaluar los elementos de Control Interno de la Empresa mediante la metodología del Informe COSO con el fin de obtener un diagnóstico de las debilidades y oportunidades de mejora.
- Diseñar una propuesta de mejoramiento del Sistema de Control Interno para la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT), mediante el análisis de la información compilada, como instrumento que permita elevar su nivel de gestión.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El estudio tiene plena justificación pues mediante el análisis del Sistema de Control Interno y la evaluación de su grado de desarrollo se llega a una propuesta de mejoramiento en la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena, con el fin de contribuir al cumplimiento de sus objetivos y fortalecer la administración con una nueva cultura de gestión pública, orientada hacia los más serios criterios de gerencia empresarial y teniendo en cuenta que la Constitución Política de Colombia señala que la administración pública en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos de la Ley y que todas las entidades públicas están obligadas a diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno.

En consecuencia, la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena (ESE-HLT), no puede ser ajena al compromiso que tienen los diferentes administradores públicos de evaluar la gestión y determinar las desviaciones en que se pueda incurrir, verificando el cumplimiento de objetivos y resultados previstos, explicando las posibles causas de las situaciones encontradas y sugiriendo correctivos a los planes y presupuestos.

La Constitución y las leyes establecen, además, que la administración pública es responsable del cuidado, manejo y utilización de los bienes públicos, en procura del bien común de todas las personas que habitan el territorio nacional y que las entidades públicas están orientadas a prestar un servicio público, sustentando su legitimidad en la eficiencia, calidad con que llenan las demandas de la comunidad, dentro de un marco de valores compartidos que promuevan los derechos humanos, el bien común y la dignidad de las personas. Por tanto, la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena, como entidad pública, necesita una gestión eficaz y responsable que le permita sostenerse en las mejores condiciones de funcionamiento para alcanzar el equilibrio óptimo entre su administración y sus fines.

2. MARCO REFERENCIAL

La elaboración de este trabajo se fundamenta en conceptos teóricos, los cuales ayudan a precisar y a organizar los elementos contenidos en éste.

2.1 MARCO CONCEPTUAL

En este trabajo se tuvieron en cuenta los siguientes conceptos técnicos:

ACTIVIDAD: conjunto de acciones necesarias para mantener en forma continua y permanente, la operatividad de las funciones del gobierno.

ACTIVIDADES DE CONTROL: son las políticas y los procedimientos que permiten obtener una seguridad razonable de que se llevan a cabo las disposiciones emitidas por la máxima autoridad y los niveles gerenciales y de jefatura.

AMBIENTE DE CONTROL: es el conjunto de factores del ambiente organizacional que la máxima autoridad y los niveles gerenciales y de jefatura deben establecer y mantener, para permitir el desarrollo de una actitud positiva y de apoyo para el control interno y para una administración escrupulosa.

AUDITORIA: examen objetivo, sistemático, profesional e independiente, aplicado a una organización por un auditor competente.

AUTOCONTROL: es la capacidad de cada empleado, independientemente de su nivel jerárquico dentro de la entidad, de evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos, mejorar y solicitar ayuda cuando lo considere necesario de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y tareas bajo su responsabilidad garanticen el ejercicio de una función administrativa transparente y eficaz.

AUTORIZACIÓN: procedimiento certificador de que sólo se efectúan operaciones y actos administrativos válidos y de acuerdo con lo previsto por la dirección.

CELERIDAD: establece que uno de los aspectos principales sujeto del control, debe ser la capacidad de respuesta oportuna por parte de la entidad a las necesidades sociales que caen dentro de su ámbito de competencia.³

COMUNICACIÓN: implica proporcionar un apropiado entendimiento sobre los roles y responsabilidades individuales involucradas en el control interno de la información financiera y de gestión dentro de una entidad.

CONTROLAR: es verificar que todo se desarrolle de acuerdo con las reglas establecidas, observando que las metas, planes y objetivos se cumplan, detectando en su momento las desviaciones para corregirlas.

CONTROL DE GESTIÓN: es el examen de la eficiencia y eficacia de las entidades en la administración de los recursos, determinada mediante la evaluación de sus procesos administrativos, la utilización de indicadores de rentabilidad y desempeño y la identificación de la distribución del excedente que éstas producen. Así como de los beneficios de su actividad.

CONTROL INTERNO: “conjunto de principios, fundamentos, reglas, acciones, mecanismos, instrumentos y procedimientos que ordenados, relacionados entre sí y con las personas que conforman la organización pública, constituyen un medio para lograr el cumplimiento de su función administrativa, sus objetivos y la finalidad que persigue, generando capacidad de respuesta ante los diferentes públicos o grupos de interés que debe atender”.¹

CONTROL PREVIO: es el conjunto de procedimientos y acciones que adoptan los niveles de dirección y gerencia de las entidades para cautelar la correcta administración de los recursos financieros, materiales, físicos y humanos.

COSTO BENEFICIO: relación entre el valor del costo de un control y el beneficio derivado de este. En ningún caso el costo del control interno excederá los beneficios que se esperan obtener de su aplicación

ECONOMIA. Organización, previsión y gasto racional en los recursos técnicos y humanos de la Empresa. Obliga a vigilar que la asignación de los recursos se realice según las necesidades y metas de la Empresa.

EFFECTIVIDAD: logro de los objetivos y metas programados por una entidad.

EFICIENCIA: rendimiento óptimo, sin desperdicio de recursos.

E.S. E. : Empresa Social del Estado.

EVALUACIÓN DEL RIESGO: “una vez determinado e identificado el riesgo es necesario medir su nivel, esta medición y evaluación es totalmente subjetiva dependiendo de las expectativas y objetivos del trabajo a realizar, así como del criterio y experiencia del auditor”².

¹ <http://www.controlinterno.udea.edu.co>

² DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. Guía metodológica, fortalecimiento y evaluación del sistema de control interno. Bogotá 2002. p.24

IGUALDAD: implica que el sistema de control interno debe velar porque las actividades de la entidad estén orientadas efectivamente hacia el interés general, sin privilegios otorgados a grupos especiales.

IMPARCIALIDAD Y PUBLICIDAD: apuntan a obtener la mayor transparencia posible en las actuaciones de la entidad, de tal manera que nadie pueda sentirse tendenciosamente afectado en sus intereses o ser objeto de discriminación.

INFORME COSO: “informe sobre el “Marco Integrado de Control Interno” (Internal Control—Integrated Framework) elaborado en 1992 por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission), basado en una recopilación mundial de información sobre tendencias y conocimientos relativos a control interno. El informe presenta una visión actualizada de la materia, que se encuentra vigente en los Estados Unidos de América y ha logrado reconocimiento en diversos países y organizaciones internacionales”³.

MONITOREO DEL CONTROL INTERNO: es el proceso que se realiza para valorar la calidad del funcionamiento del sistema de control interno en el tiempo y asegurar razonablemente que los hallazgos y los resultados de otras revisiones se atiendan con prontitud.

MÉTODO: es la determinación de cómo efectuar una labor al tomar en cuenta el objetivo y los recursos disponibles, así como el tiempo y el esfuerzo.

MISIÓN: definición sobre qué es la organización, porque existe y qué tipo de contribución puede realizar.

MORALIDAD: indica que todas las operaciones deben estar realizadas no sólo acatando las normas constitucionales y legales, sino los principios éticos y morales que rigen nuestra sociedad.

OFICINA DE CONTROL INTERNO: Definida en la ley 87 de 1993, como “uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargada de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos”⁴.

³ <http://www.gestiopolis.com>

⁴ CEPEDA, Gustavo. Auditoria y control interno, Mc Graw Hill, 1998, p.102

ONGOING: significa estar actualmente en proceso. Es la evaluación continua y periódica que hace la gerencia de la eficacia del diseño y operación de la estructura del control interno para determinar si está funcionando de acuerdo al planeado y que se modifica cuando es necesario.

PROCEDIMIENTOS: pasos o etapas de la forma como se realizan las actividades fijadas o trazadas en las políticas.

PROCESOS: conjunto de acciones que conducen a la realización de una determinada tarea institucional.

POLÍTICA: regla o directriz que limita o hace posible la toma de una o más opciones estratégicas.

RIESGO: son hechos o acontecimientos cuya probabilidad de ocurrencia es incierta. La trascendencia del riesgo en el ámbito de estudio de control interno, se basa en que su probable manifestación y el impacto que puede causar en la organización, pone en peligro la consecución de los objetivos de la misma.

RIESGO DE CONTROL: es la probabilidad de que en el diseño del Sistema de Control Interno no se determinen los controles que sean fundamentales o los implantados no estén en la capacidad de detectar errores en asuntos importantes, en forma oportuna.

SEGURIDAD: es el conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas y psicológicas utilizadas para prevenir accidentes, eliminar las condiciones inseguras del ambiente, e instruir o convencer a las personas, acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas para evitar pérdidas o daños.

SISTEMA: un sistema es un todo que consta de dos o más partes que se interrelacionan para alcanzar un objetivo planificado. Cualquier organización u operación o parte de ellas, puede ser considerada como un sistema, cuando los recursos (entradas) son organizados (procesados) para suministrar resultados de acuerdo con unos objetivos determinados.

VALORACIÓN DE COSTOS AMBIENTALES: supone que, para aquellas entidades en las cuales su operación pueda tener un impacto ambiental negativo, la minimización de este debe ser un elemento importante en la toma de decisiones y en la conducción de sus actividades rutinarias.

VALORACIÓN DEL RIESGO: “la entidad debe establecer la estructura del riesgo, partiendo de riesgos del nivel estratégico que tendrá que ver con factores externos representados en factores económicos, sociales, político – legales y tecnológicos; así mismo, los riesgos basados en factores internos que entre otros representan

los sistemas de información (vulnerabilidad), el personal vinculado (respecto a su calidad y motivación) y la naturaleza de los procesos”⁵.

2.2 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA (ESE – HLT)

2.2.1 Antecedentes

El municipio de Tauramena está ubicado en la zona suroccidental del Departamento de Casanare; tiene una extensión aproximada de 3.290 kilómetros cuadrados, equivalentes al 7.4 por ciento del total del departamento, cuya extensión es de 44.640 kilómetros cuadrados, forma parte de la región natural conocida como Orinoquia. Su altura sobre el nivel del mar está entre los 300 y 1.600 metros y su temperatura ambiental es de 27 grados centígrados aproximadamente. Tiene una población de 14.250 habitantes. La industria petrolera se considera como una de las principales actividades económicas que se desarrollan en este Municipio.

La denominada hoy Empresa Social del Estado - Hospital Local de Tauramena comenzó a prestar sus servicios de salud a mediados de los años cincuenta al ser implementado el Servicio de Erradicación de la Malaria (S.E.M) en todo el país.

En 1984, el Centro de Salud instalado contó con una planta de personal pagada por el Ministerio de Salud y conformada por un equipo médico que laboraba durante sólo cuatro (4) meses al año en precarias condiciones debido a la insuficiente dotación de elementos para la prestación de un buen servicio. A finales de la década de los ochenta, la administración municipal asumió la prestación de los servicios de salud: su labor avanzó con la construcción de las áreas de urgencias, parto y observación; dotación de suministros, equipos e instrumental y recurso humano. Al comienzo de la década de los noventa se construyó la Casa Médica con el fin de que los profesionales de la salud se sintieran motivados a realizar su año rural en el municipio.

Una vez creado el Servicio Seccional de Salud de Casanare (hoy Secretaría Departamental de Salud), los servicios de salud de Tauramena pasaron a depender de ésta última institución. En 1981, con el apoyo del Ministerio de Salud se construyó el centro de Salud con servicios médicos, odontológicos, enfermería y vacunación, que eran prestados una vez al mes.

⁵ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA, Op. cit., p.23.

Al comienzo de los años noventa se construyó la Casa Médica con el fin de que los profesionales de la salud se sintieran motivados a realizar su año rural en el municipio. En los años siguientes, la administración municipal amplió las instalaciones del centro de salud y se construyeron y dotaron otros puestos de salud (ubicación), además se renovaron los equipos y suministros como también la planta de personal médico, asistencial y administrativo.

El 19 de junio de 1997 por medio del Acuerdo No. 021 emanado del Honorable Concejo Municipal se creó jurídicamente organizada la Empresa Social del Estado - Hospital Local de Tauramena, en una categoría especial de entidad pública, de nivel municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. En el año 98 se inició por parte de la administración municipal un proceso de adecuación institucional en aras del mejoramiento integral de los servicios de salud basados en criterios de calidad, oportunidad y universalidad con lo cual queda en el pasado el centro de salud como concepto y realidad.

2.2.2 Plan de desarrollo hospital local de Tauramena. El Plan de Desarrollo constituye una herramienta para guiar la labor de las entidades públicas en el cual se refleja el compromiso del representante legal de la entidad en cuanto a la solución de necesidades de la comunidad y el mejoramiento progresivo de la empresa, asignando recursos a programas y proyectos específicos, es un sistema de decisiones asumido por la empresa para orientar sus acciones con el fin de lograr su misión y sus objetivos. Este constituye la expresión de las estrategias globales asumidas por la organización a través de sus diferentes dependencias, dimensionando el cambio técnico que debe realizar en las funciones, procesos, procedimientos y actividades para lograr desarrollar su gestión dentro de los lineamientos previstos. Dichas decisiones se elaboran con base en el análisis de la situación actual frente a la deseada.

Se entiende como Desarrollo Institucional la adecuación permanente de las áreas y unidades funcionales, así como la programación de la prestación de los servicios y demás actividades para cumplir la misión y los objetivos de la entidad. Tal adecuación se logra con el compromiso activo de la alta gerencia en la toma de decisiones sobre los objetivos a corto, mediano y largo plazo, el establecimiento de las iniciativas estratégicas, las metas a lograr, los mercados en los cuales competirá, los servicios y productos que ofrecerá, la forma como intentara superar las amenazas del entorno, y las políticas que seguirá para manejar sus relaciones con los usuarios, empleados y la comunidad en donde opera.

En el Plan de Desarrollo se ha programado el fortalecimiento en la prestación de servicios de primer y segundo nivel hasta alcanzar los niveles esperados en la prestación integral de los servicios de salud con Excelencia, Calidad, Efectividad, y Calidez; apoyados en tecnología de punta, investigación científica y talento humano calificado, logrando autosuficiencia y rentabilidad social. Así mismo es

coherente con la organización y consolidación de redes definida en el párrafo uno (1) del artículo 54 de la Ley 715 de 2001 y prioriza las líneas de acción que se encuentren financiadas en los planes de inversión “Para garantizar la efectiva organización y operación de los servicios de salud a través de redes, los planes de inversión de las instituciones prestadoras de salud públicas deberán privilegiar la integración de los servicios. Para el conjunto de servicios e instalaciones que el Ministerio de la Protección Social defina como de control especial de oferta, las Instituciones Prestadoras de Salud, sean públicas o privadas, requerirán de la aprobación de sus proyectos de inversión por el Ministerio de la Protección Social”

★ **Programas y Proyectos.**

• **Programas y proyectos estratégicos.** Se describe a continuación los programas con su objetivo, actividades y responsables para volver operativos los objetivos del Plan y sus estrategias.

• **Programa de Promoción y Mercadeo de Servicios.** Sostener la Empresa en el mercado de los servicios de salud a través de acciones de divulgación y marketing.

• **Programa de Mejoramiento y Desarrollo institucional.** Actualizar y mantener los recursos físicos con los que cuenta la empresa, buscando la excelencia del servicio y la satisfacción del cliente externo y el mejoramiento continuo de los procesos a través del uso de tecnología que permita contar con una estructura organizacional ágil, flexible y dinámica y disponer de la información necesaria, oportuna y confiable, como herramienta gerencial para la toma de decisiones y con un sistema de evaluación de las unidades funcionales que conforman la empresa.

PROYECTO	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCION	RESPONSABLE
Actualización e implementación de tecnología, muebles y equipos	Adquisición de muebles y equipos de tipo médico asistencial y de tipo administrativo.	Tres años	Gerencia
	Diseño y ejecución del Plan de compras de equipo médico asistencial y administrativo	Anual	Sub gerencia

Fortalecimiento de los procesos de planeación e implementación del Sistema de control interno	Elaboración y seguimiento de Plan anual de acción.	Anual	Sub gerencia
	Implementación del Sistema de Control Interno	Primer año	Sub gerencia
	Seguimiento, evaluación y control del Sistema de Control Interno.	Segundo y tercer año	Sub gerencia
Desarrollo del Sistema de Atención y orientación al usuario.	Divulgación en medios impresos sobre el acceso y uso de los servicios de salud.	Primer año.	Sub gerencia
	Diseño e implementación de la señalización de los servicios que presta la empresa.	Segundo y tercer año.	Sub gerencia
	Promover los mecanismos de participación creados y que están vinculados con la ESE.	Tres años.	Gerencia
	Aplicación de las encuestas sobre la percepción de los usuarios en la atención.	Segundo y tercer año	Gerencia
Implementación del Sistema de costeo de producción y de venta de servicios.	Diseño del Sistema de Costeo de producción y de venta de servicios.	Primer año	Gerencia
	Implementación del Sistema de costeo de producción y de venta de servicios.	Segundo y tercer año	Gerencia
	Seguimiento, evaluación y control del Sistema de costeo de producción y de venta de servicios.	Tercer año	Gerencia

Implementación del Sistema de facturación por prestación de servicios	Implementación del Sistema de facturación por prestación de servicios.	Primer año	Gerencia
	Seguimiento, evaluación y control del Sistema de facturación por prestación de servicios.	Segundo y tercer año	Gerencia
Puesta en marcha del Sistema de información de salud	Diseño del Sistema de Monitoreo, seguimiento y evaluación.	Primer año	Sub gerencia
	Verificación y consolidación del registro de datos que alimentan el sistema de información	Tres años	Sub gerencia
	Puesta en marcha del sistema de información propuesto por la consultoría.	Primer año	Gerencia
	Divulgación de resultados y validación del sistema de información.	Tercer año	Gerencia
Implementación de Evaluaciones al interior de las unidades funcionales	Diseño de las evaluaciones de desempeño al interior de las unidades.	Primer año	Sub gerencia
	Validación de las evaluaciones de desempeño al interior de las unidades funcionales	Segundo año.	Sub gerencia
	Implementación de las evaluaciones de desempeño al interior de las unidades funcionales	Tercer año	Sub gerencia

Tomado de: Plan de desarrollo ESE – HLT.

- **Programa de salud ocupacional.** Promover el bienestar físico, mental y social del trabajador, creando ambientes laborales libres de riesgos, realizando actividades recreativas y de esparcimiento y utilización del tiempo libre.

PROYECTO	ACTIVIDADES	TIEMPO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Fortalecimiento del Plan de salud ocupacional	Diseño del Plan anual de salud ocupacional.	Anual	Sub gerencia
	Realización de eventos deportivos y recreativos.	Anual	Gerencia
	Realización de talleres sobre riesgos profesionales.	Trimestral	Sub gerencia

- **Programa de Desarrollo del talento humano y de Bienestar social del trabajador.** Capacitar al recurso humano para su crecimiento y bienestar personal como condición indispensable para lograr una posición empresarial altamente competitiva.

PROYECTO	ACTIVIDADES	TIEMPO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Implementación del Plan de bienestar social	Elaboración de Plan de capacitación, bienestar social y desarrollo del talento humano	Anual	Gerencia
	Implementación del Plan de bienestar social y desarrollo del talento humano.	Tres años	Gerencia

Tomado de: Plan de desarrollo ESE – HLT.

- **Programa de Fortalecimiento y Ampliación de servicios.** Ofrecer a la población del Municipio acceso a programas de primer nivel de atención con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

PROYECTO	ACTIVIDADES	TIEMPO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Fortalecimiento y ampliación de los servicios.			
Fortalecimiento del Programa de Promoción y Prevención en el municipio de Tauramena	Divulgación en medios impresos y radiales de las actividades desarrolladas en el Programa	Tres años	Coordinadora de Actividades de P y P
	Campañas de educación en higiene, auto cuidado y hábitos saludables en los actores identificados.	Tres años	Coordinadora de Actividades de P y P
	Elaboración y divulgación de material impresos sobre promoción de estilos saludables.	Primer año	Gerencia
	Campañas de la Unidad extramural en el ámbito rural	Periódicas	Gerencia
Fortalecimiento de las acciones de Promoción de la salud, Prevención, tratamiento y rehabilitación de la	Diseño de acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, incluyendo atención materno-infantil, salud oral, salud visual, detección y prevención de enfermedades de	Periódicas	Coordinadora de Actividades de P y P

enfermedad	transmisión sexual, detección y prevención de las enfermedades diarreicas y de las enfermedades respiratorias y atención a la tercera edad, entre otras.		
Coordinación entre la ESE Hospital Local de Tauramena y la Dirección Local de Salud	Creación del comité interinstitucional para las actividades de nivel primario de atención.	Primer año.	Gerencia
	Calendario de actividades durante el año de nivel primario de atención.	Segundo año	Gerencia
Implementación de Jornadas de Atención especializada.	Realizar contactos con organismos nacionales que promueven campañas especializadas en algunas enfermedades.	Anual	Gerencia

Tomado de: Plan de desarrollo ESE – HLT.

★ **Presupuesto estimado para el trienio 2004 – 2006**

- **Ingresos estimados**

CONCEPTO DE INGRESO	2004	2005	2006	TOTAL
INGRESOS DE EXPLOTACIÓN (VENTA DE SERVICIOS)	\$2.104.990.382	\$2.210.239.901	\$2.320.751.896	\$6.635.982.179
OTROS INGRESOS	\$ 290.073.829	\$ 304.577.520	\$319.806.396	\$914.457.745.
TOTAL	\$2.395.064.211	\$2.514.817.421	\$2.640.558.292	

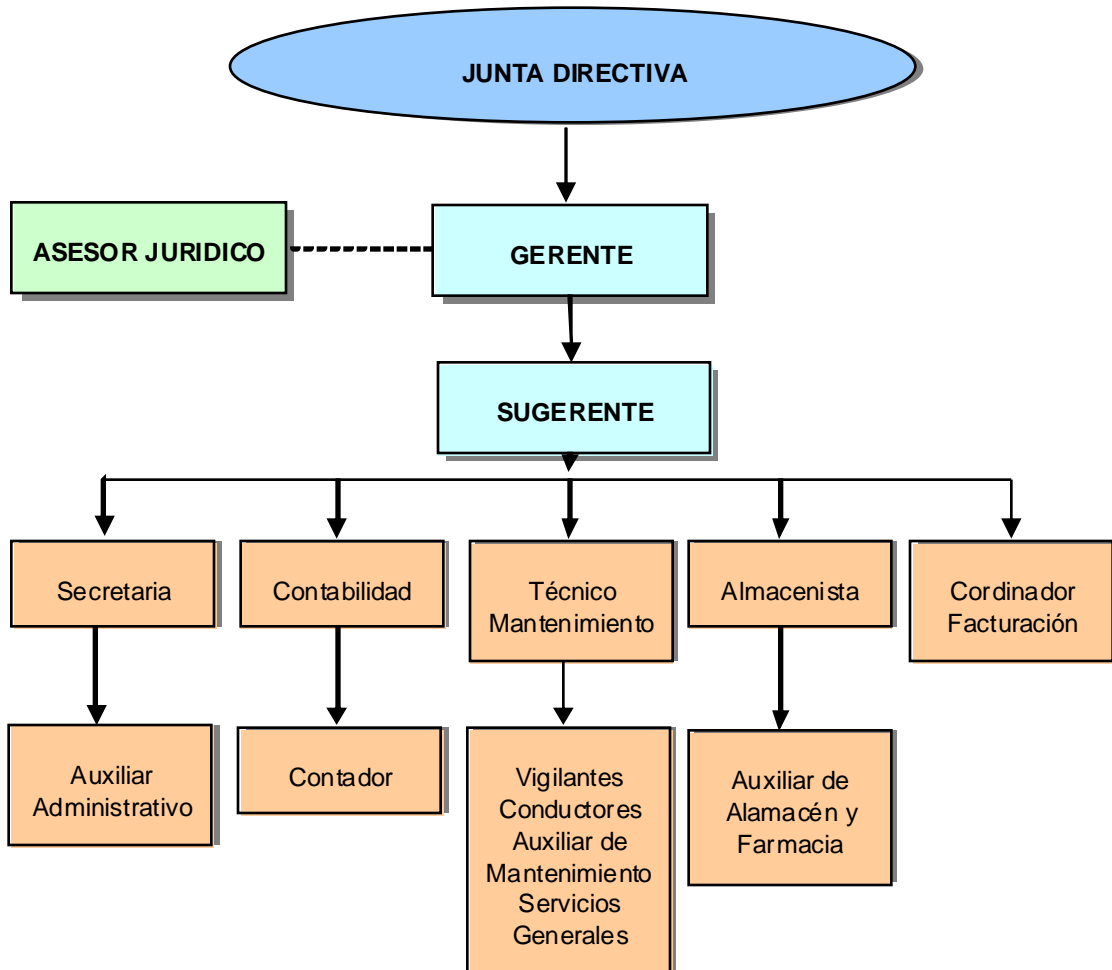
Tomado de: Plan de desarrollo ESE – HLT.

- **Gastos estimados**

CONCEPTO DE GASTO	2004	2005	2006	TOTAL
GASTOS ASOCIADOS A LA NOMINA Y PERSONAL INDIRECTO	\$951.511.511	\$999.087.086	1.049.041.440	\$2.999.640.037
OTROS GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$1.033.152.700	1.084.810.335	1.139.050.851	\$3.257.013.886
GASTOS DE INVERSION	\$410.400.000	\$430.920.000	\$452.466.000	\$1.293.786.000
TOTAL	2.395.064.211	\$2.514.817.421	\$2.640.558.292	

Tomado de: Plan de desarrollo ESE – HLT.

2.2.3 Estructura organizacional – Área administrativa



Tomado de: Plan de desarrollo ESE – HLT.

El área administrativa está compuesta por los recursos humanos y físicos relacionados indirectamente con la prestación de los servicios de salud. Está conformada por la Oficina de la Gerencia, Subgerencia, Contabilidad, Jurídica, Facturación, Recursos humanos, Citas, Almacén, Servicios generales y Mantenimiento. Cuenta con un total de quince empleados, seis de planta y nueve por contrato. La Gerencia está determinada por un período fijo de tres (3) años. Para este cargo, se realiza un proceso de concurso y selección entre los candidatos que se presenten a dicho concurso.

2.2.4 Funciones. A continuación se describen las funciones de los principales cargos de la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena.

★ **Gerente**

- Dirigir la empresa, manteniendo la unidad de procedimientos e intereses en torno a la misión y objetivos de la misma.
- Realizar la gestión necesaria para lograr el desarrollo de la empresa.
- Ser nominador y ordenador del gasto.
- Representar a la empresa judicial y extrajudicialmente.
- Liderar la planeación, organización y evaluación de las actividades desarrolladas por la empresa.

★ **Subgerente**

- Apoyar al Gerente en el direccionamiento del hospital, específicamente en el aspecto administrativo.
- Coordinar y supervisar los procedimientos, actividades o acciones con el personal.
- Dirigir y coordinar la elaboración de programas, planes y proyectos de promoción y prevención en materia de salud.
- Diseñar mecanismos de planeación y control a fin de garantizar una óptima utilización de los recursos y el tiempo.
- Implementar programas de asesoría, supervisión y evaluación a nivel administrativo y operativo.
- Controlar y supervisar la parte contable y financiera del hospital, con el fin de verificar el cumplimiento de las normas fiscales.
- Rendir informe de cuentas de ingresos, egresos y ejecución presupuestal a las entidades de vigilancia y control.

★ **Asesor jurídico**

- Asesorar al gerente en el campo normativo y jurídico en general.
- Conceptuar sobre los asuntos legales y administrativos que se sometan a su estudio, a fin de garantizar su validez jurídica.
- Interpretar y aplicar los textos legales, jurisprudencia y doctrinas, con el fin de dar fundamento jurídico a las decisiones de la entidad.
- Atender oportunamente las demandas que cursen contra la entidad.
- Aportar elementos de juicio en el campo jurídico y normativo, para la toma de decisiones relacionadas con la adopción y la ejecución de los programas propios de la E.S.E.
- Proyectar los actos administrativos que le indique el gerente para ser presentados a la junta directiva.

- Adelantar la representación judicial y/o extrajudicial de la entidad, en aquellos asuntos que, específicamente, le sean encomendados por el gerente.
- Asesorar, apoyar, revisar y dar visto bueno a todos los contratos que celebre la entidad.

★ **Contador**

- Elaborar periódicamente las declaraciones tributarias de la empresa.
- Promover nuevos métodos y técnicas que impliquen productividad en las actividades de su área.
- Mantener actualizada la normatividad sobre criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de las normas que regulan sus actividades.
- Realizar el registro de información contable fundamentado en principios de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.
- Elaborar y actualizar periódicamente el Manual de Procedimientos Contables y el Plan de Cuentas ajustados a la normatividad vigente.
- Elaborar en coordinación con el subgerente, tesorero, presupuesto y almacén, los informes para la Contraloría Departamental y la Contaduría General de la Nación.
- Elaborar los informes para la Superintendencia Nacional de Salud.

★ **Técnico en Presupuesto**

- Diseñar y aplicar metodología para la recolección de información para la elaboración del presupuesto.
- Participar en la elaboración del presupuesto de ingresos y egresos de la empresa.
- Elaborar correctamente la ejecución de ingresos y gastos mensuales con los respectivos comentarios.
- Determinar las fuentes de financiación y su utilización conforme a la Ley.
- Expedir los certificados de disponibilidad presupuestal que se requieran para el cumplimiento de los compromisos de la institución previa aprobación del ordenador del gasto.
- Expedir registros presupuestales de acuerdo con el soporte y la disponibilidad presupuestal.
- Entregar diariamente o cuando se requiera saldos presupuestales a la gerencia y subgerencia.
- Informar oportunamente cuando se requieran realizar movimientos presupuestales.
- Registrar en el sistema las cuentas para el correspondiente pago.
- Actualizar el kardex presupuestal.
- Cruzar con contabilidad los compromisos registrados cada mes en el presupuesto de gastos.
- Elaborar y poner en práctica modelos técnicos de seguimiento, evaluación y control del presupuesto de la entidad.

- Elaborar los informes relacionados con su cargo para presentarlos a los diferentes entes de control.
- Velar porque los ingresos provenientes de las diferentes actividades de la empresa se cumplan oportunamente y logren los propósitos de los planes de acción de la empresa.
- Apoyar a las directivas en la elaboración de créditos, contracréditos y adiciones presupuéstales.
- Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios.
- Participar en la actualización del manual de procesos, procedimientos y funciones del área.

Tomado de: Manual específico de funciones y requisitos mínimos de la ESE – HLT.

2.3 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.3.1 Teoría general sobre control interno. El Control Interno se define como el conjunto de principios, fundamentos, reglas, acciones, mecanismos, instrumentos y procedimientos que ordenados, relacionados entre sí y con las personas que conforman la organización pública, constituyen un medio para lograr el cumplimiento de su función administrativa, sus objetivos y la finalidad que persigue, generando capacidad de respuesta ante los diferentes grupos de interés que debe atender.

Por lo tanto, el Control Interno no es un evento aislado sino una serie de acciones constantes en el funcionamiento y operación de una entidad pública que debe reconocerse como un componente integral de cada sistema o parte inherente a la estructura administrativa y operacional existente en la organización pública, asistiendo a la dirección, en cuanto al manejo de la entidad y al alcance de sus metas se refiere.”⁶

El sistema de control interno comprende, así, el plan de la organización y todos los métodos coordinados y medidas adoptadas dentro de una empresa con el fin de salvaguardar sus activos y verificar la confiabilidad de los datos contables. Debe convertirse en un proceso continuo ejecutado por la junta directiva o consejo de administración, funcionarios y resto de personal y su aplicación proporciona una seguridad razonable en la consecución de los siguientes objetivos:

- a. efectividad y eficiencia de las operaciones
- b. confiabilidad y oportunidad de la información, y
- c. cumplimiento del ordenamiento jurídico y técnico aplicable.

⁶ <http://www.controlinterno.udea.edu.co>

2.3.2 Evolución del Control Interno. La importancia del Sistema de Control Interno se manifestó inicialmente en el sector privado, donde se reconoció como fundamental e indispensable, en virtud del crecimiento de las organizaciones, el volumen de las operaciones, los niveles de riesgo, la complejidad de los sistemas de información y el aumento en los niveles de riesgos reales y potenciales.⁷

En los últimos cuarenta años el concepto de control ha evolucionado considerablemente, en especial cuando se hace referencia al contexto empresarial. Alternamente, tanto el sector privado como el sector público se han preocupado por investigar, debatir y finalmente convenir un significado homogéneo del concepto de control y más concretamente del control interno.

Los controles fueron definidos hace algún tiempo durante la evolución del proceso para el manejo organizacional, como mecanismos o prácticas usados para prevenir o detectar actividades no autorizadas. El propósito de los controles fue después ampliado para incluir el concepto de que las cosas sean hechas. El uso actual del término se orienta hacia cualquier esfuerzo para mejorar la probabilidad de que se cumplan los objetivos.

En algunos países, la comunidad de los negocios y los contadores públicos a través de sus agremiaciones profesionales como el Instituto Americano de Contadores Públicos y el Instituto de Auditores Internos principalmente en los Estados Unidos y en Gran Bretaña, han promulgado Normas de Auditoria y Declaraciones sobre las Normas en las cuales se conviene un significado para el control interno y se identifica tanto a los responsables por diseñarlo, implantarlo y ejercerlo como a los responsables por evaluarlo de manera independiente.

A fines del año 1992, en los Estados Unidos, The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) después de tres años de investigaciones, discusiones y esfuerzos concertados, publicó un informe preparado por la firma Coopers & Lybrand que define el Control Interno y los criterios para determinar la efectividad de un Sistema de Control Interno. Dicho informe refleja los puntos de vista de muchos participantes, incluyendo miembros de cinco (5) organizaciones patrocinadoras: El Instituto Americano de Contadores Públicos (AICPA), el Instituto de Auditores Internos (IIA), el Instituto Ejecutivo de Finanzas, la Asociación Americana de Contadores y el Instituto de Contabilidad Gerencial, además de presidentes, miembros de juntas directivas, directores de Auditoria Interna y otros miembros de la comunidad de negocios.

En el caso del sector público se han logrado avances considerables, ya que en la mayoría de los países de Latinoamérica, se ha sustituido el control previo o concurrente como Unidad Operacional separada en la Organización, incorporando

⁷ CEPEDA, Op. cit., p.5.

tal control al trámite normal de las operaciones y disminuyendo en parte el riesgo de corrupción e ineficiencia que tal función ocasionaba.

2.3.3 Objetivos del Control Interno. El diseño, la implantación, la revisión permanente y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno deben estar orientados fundamentalmente hacia el logro de los siguientes objetivos:

- Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten;
- Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;
- Velar porque todas las actividades y recursos de la organización esté dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;
- Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;
- Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.
- Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos;
- Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;
- Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características;

2.3.4 Componentes del Control Interno. El control interno está compuesto por cinco componentes interrelacionados. Se derivan de la manera como la administración dirige un negocio, y están integrados en el proceso de administración. Tales componentes son: ⁸

★ **Ambiente de control.** Representa la forma de ser y operar de una organización, caracterizada por la actitud y compromiso de la alta dirección con el SCI, así como por las pautas de comportamiento de los empleados de la organización, referente para que sus actuaciones sean consecuentes con los valores adoptados en la concertación estratégica para el logro de los objetivos.

El ambiente de control es expresión de la filosofía de la administración, la cual determina los niveles de autoridad, responsabilidad y organización del talento

⁸ MANTILLA, Samuel Alberto. Control interno – informe COSO. Ecoe Ediciones. 3ª. Ed. Bogotá, 2003. p. 18.

humano y esencialmente del estilo de dirección del representante legal, responsable de la implementación del SCI.

El ambiente de control tiene una influencia profunda en la manera como se estructuran las actividades del negocio, se establecen los objetivos y se valoran los riesgos.⁹

- ★ **Administración del riesgo.** Es reconocida como práctica integral de una buena gerencia, se trata de un proceso permanente e interactivo que lleva a que continuamente la administración en coordinación con la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, revalúe los aspectos, tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenazas para la consecución de los objetivos organizacionales.

De igual manera, implica la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, monitoreo y comunicación de los riesgos asociados con una determinada actividad con, procesos o con la entidad en general, con el fin de preparar a las organizaciones para minimizar pérdidas y maximizar sus ventajas.

- ★ **Operacionalización de los elementos.** Esta fase hace alusión a la forma en particular en que se articulan e interrelacionan el esquema organizacional, la planeación, los procesos y procedimientos, el desarrollo del talento humano, los sistemas de información, la democratización de la administración y los mecanismos de verificación y evaluación, elementos que componen, entre otros el SCI y que para efectos de la estandarización se han considerado como los mínimos a tener en cuenta en cualquier sistema de control.

- ★ **Documentación:** Es la descripción por escrito del cómo es el ejercicio de la organización. La memoria institucional en la medida en que se encuentre documentada, permite que los cambios en su administración no causen desviaciones y traumatismos a la gestión a realizarse, en razón a que el andamiaje está diseñado para establecer tendencias, parámetros de rendimiento, normas de manejo, metas y resultados.

Por medio de la documentación, el Sistema de Control Interno fija las responsabilidades de cada empleado en el desarrollo de su función. La formalización y documentación implica que los procesos y procedimientos sean aprobados por la alta dirección y fundamentalmente que sean puestos en conocimiento de las personas que los deben ejecutar.

Es importante recalcar, que si bien se ha hecho referencia a los procesos y procedimientos, por ser ellos el elemento aglutinador de los demás, no se puede

⁹ Ibid., p. 25.

descuidar la documentación de aspectos tales como la planeación, el esquema de organización, las normas, los métodos, principios y valores. Este último sí que necesita declaración expresa, pues constituye los valores compartidos a partir de los cuales toma decisión y actúa una institución.

- ★ **Retroalimentación:** Tiene que ver con la efectividad de la comunicación de la entidad y es la fase final y dinamizadora del SCI, que busca precisamente generar al interior una cultura de autocontrol que permita mejorar la gestión y resultados de la organización.

Para lograr una retroalimentación efectiva, es necesario articular el accionar de los procesos de seguimiento expresados en los planes de mejoramiento continuo con la dinámica de los denominados comités de coordinación de control interno o la instancia que haga sus veces.

En efecto, el valor de la función evaluadora de la Oficina de Control Interno no radica en la detección de hallazgos reportados o en la emisión de recomendaciones sino en la efectividad de las acciones implantadas.

Si bien es cierto, el seguimiento debe hacerse sobre el cumplimiento de los acuerdos y compromisos dentro de un término prudencial para medir su aplicación, no basta que las Oficinas de Control Interno asesoren esta aplicación, sino el compromiso de los diferentes actores responsables de su ejecución en la entidad.

2.3.5 Responsabilidad del Control Interno. Cada persona en una organización tiene alguna responsabilidad respecto del control interno. La administración, sin embargo, es responsable del Sistema de Control Interno de una entidad. La gerencia, como máxima autoridad, debe asumir la responsabilidad del Sistema de Control Interno. Los directivos financieros y de contabilidad son fundamentales en la manera como la administración ejerce el control, sin embargo, todo el personal administrativo juega papeles importantes y es responsable del control de las actividades de sus áreas. En forma similar, los auditores internos contribuyen a la efectividad ongoing del Sistema de Control Interno, pero ellos no tienen la responsabilidad primaria por establecerlo y mantenerlo. La Junta Directiva y su Comité de Auditoría proporcionan importante cobertura y supervisión del Sistema de Control Interno. Un número de partes externas, tales como los auditores externos, a menudo contribuyen a la consecución de los objetivos de la entidad y proporcionan información útil para la ejecución del control interno. Sin embargo, no son responsables por la efectividad de no hacer parte del Sistema de Control Interno de la entidad.

- ★ **Dirección.** La cabeza principal, o director ejecutivo es, en esencia el responsable, y debe asumir su propiedad o pertenencia al sistema. Más que

cualquier otro individuo, el director ejecutivo establece el "tono y el tope" que influye en la integridad, la ética y otros factores de un positivo ambiente de control. El director ejecutivo, en una empresa grande, colma sus deberes de liderazgo y dirección a los demás directivos, revisando, repasando y analizando la forma como éstos manejan la empresa, quienes a su vez, asignan responsabilidades para el establecimiento de políticas más específicas y procedimientos de control interno para el personal responsable de las funciones de la unidad.

En una entidad pequeña, la influencia del director ejecutivo, a menudo un director/propietario, es usualmente más directa. En cualquier evento, es una responsabilidad que se traslada en cascada; un administrador, efectivamente, un director ejecutivo en su esfera de responsabilidad. Tienen significado particular los directores financieros y su personal vinculado, cuyas actividades de control cubren a lo ancho, hacia arriba y hacia abajo, las unidades de operación y otras dependencias de una empresa.

- ★ **Junta Directiva.** La administración es responsable ante la Junta Directiva, la cual provee autoridad, dirección y vigilancia. Los miembros de Junta Directiva eficaces, son objetivos, hábiles, competentes con manía de preguntar. Ellos además tienen un conocimiento de las actividades y ambiente de la entidad, y aportan el tiempo necesario para cumplir plenamente sus responsabilidades de directivos. La administración puede estar en una posición de pasar inadvertidos los controles e ignorar u ocultar comunicaciones de los subordinados, permitiendo una administración deshonesta que intencionalmente falsea resultados para cubrir sus huellas. Una junta fuerte y activa, particularmente cuando está acoplada con canales de comunicación efectivos y con funciones financieras legales y de auditoría interna competentes es, a menudo, más capaz de identificar y corregir tales problemas.
- ★ **Audidores Internos.** Los auditores internos juegan un importante papel en la evaluación de la efectividad de los sistemas de control y contribuyen a su mejoramiento. A causa de la posición organizacional y autoridad en una entidad, la función de un auditor interno juega a menudo un significativo papel de supervisión.
- ★ **Otro Personal.** El control interno es, en algún grado, responsabilidad de todos en una organización, y por lo tanto, debe ser una parte explícita o implícita de la descripción de cargos de todo el personal vinculado. Virtualmente, todos los empleados producen información usada en el sistema de control interno, o realizan acciones necesarias para efectuarlo. Además todo el personal debe ser responsable por reportar los problemas en las operaciones, del no cumplimiento del código de conducta y de otras violaciones de políticas o acciones ilegales.

2.3.6 Informe COSO. Desde la década de los 80 se comenzaron a ejecutar una serie de acciones en diversos países desarrollados con el fin de dar respuesta a un conjunto de inquietudes sobre la diversidad de conceptos, definiciones e interpretaciones que sobre el control interno existían en el ámbito internacional, ajustados obviamente al entorno empresarial característico de los países capitalistas.

Esta justificación es aparente, ya que el objetivo real pretendido consistía en lograr brindar mayor seguridad a los accionistas de las grandes empresas y corporaciones, y alcanzar mayor exactitud y transparencia en la información financiera.

La pretensión consistía en alcanzar una definición de un nuevo marco conceptual para el control interno, que fuera capaz de integrar las diversas definiciones y conceptos que habían venido siendo utilizadas sobre este concepto, con el objetivo de que las organizaciones públicas o privadas, la auditoría interna o externa, así como los diferentes niveles legislativos y académicos dispongan de un marco conceptual común, con una visión integradora que pueda satisfacer las demandas generalizadas de todos los sectores involucrados con este concepto.

Control significa mucho más que control financiero o control contable, el control es una función básica dentro de cualquier proceso de organización y administración, que facilita la evaluación ejecutiva, incluyendo su seguimiento y revisión sistemática, ya que lo que no se controla no es posible que pueda ser dirigido eficientemente.

Es así, que en varios países del mundo se crean diferentes comisiones o grupos de trabajo para laborar sobre esta temática, con el objetivo, entre otros, de alcanzar una definición consensuada de control interno, así como de definir la manera de evaluarlo.

En 1985, en los Estados Unidos de América se crea un grupo de trabajo por la TREADWAY COMMISSION, denominado NATIONAL COMMISSION ON FRAUDULENT FINANCIAL REPORTING – COMISION NACIONAL DE INFORMES FINANCIEROS FRAUDULENTOS, bajo la sigla COSO (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS) – COMITÉ DE ORGANIZACIONES PATROCINADORES DE LA COMISION TREADWAY, con el objetivo de dar respuesta a lo anteriormente señalado, estando constituido por representantes de las organizaciones siguientes:

- American Accounting Association (AAA) – Asociación Norteamericana de Contabilidad
- American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) – Instituto Norteamericano de Contadores Públicos Asociados

- Financial Executive Institute (FEI) – Instituto Ejecutivo Financiero
- Institute of Internal Auditors (IIA) – Instituto de Auditores Internos
- Institute of Management Accountants (IMA) – Instituto de Contabilidad Gerencial

En 1992, tras varios años de trabajo y discusiones se publica en Estados Unidos el denominado INFORME COSO sobre CONTROL INTERNO, cuya redacción fue encomendada a Coopers & Lybrand, y difundidos al mundo de habla hispana en asociación con el Instituto de Auditores Internos de España (IAI) en 1997.

- ★ **Definición de control interno según el informe COSO.** Es oportuno exponer dentro de los nuevos conceptos del control interno, la definición que sobre el mismo elaboró el informe coso.

“...El control interno es un proceso efectuado por el Consejo de Administración, la dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de objetivos dentro de las siguientes categorías:

- Eficacia u eficiencia de las operaciones
- Fiabilidad de la información financiera
- Cumplimiento de las leyes y normas aplicables”¹⁰.

2.3.7 El control interno en las entidades del estado. La normatividad sobre Control Interno establece que éste se debe aplicar a todos los organismos y entidades de las ramas del poder público en sus diferentes órdenes y niveles. Señala, además, que la administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la ley y que en las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno.

En el sector público se establecieron parámetros para la creación de la Oficina de Coordinación de Control Interno en el nivel directivo de las entidades, con funciones de evaluación de la eficiencia y eficacia de los demás controles y asesoría a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evolución de los planes establecidos y la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas y objetivos previstos. Asimismo, se designó la estructura jerárquica de la Oficina de Coordinación de Control Interno, sus integrantes y las funciones que desempeñaría cada uno.

¹⁰ <http://www.monografias.com>.

En cuanto a elementos técnicos y administrativos tendientes al fortalecimiento del sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado mediante la racionalización de la gestión institucional, se decidieron otras modificaciones como el establecimiento de manuales de procedimientos y el desempeño de las oficinas de control interno; la política de administración de riesgos y otras directrices específicas referidas a los materiales emanados del Departamento Administrativo de la Función Pública como elementos directrices generales en el diseño de políticas de control interno que deberán ser implementadas al interior de cada organismo o entidad del Estado.

Los responsables son las autoridades y servidores públicos obligados a diseñar y aplicar métodos y procedimientos de Control Interno, de acuerdo con la Constitución y la ley, empezando por el Presidente de la República, como máxima autoridad administrativa, quien es el responsable de mantener el control de la gestión global sobre las políticas públicas, el plan de gobierno y la adecuada coordinación administrativa para el cumplimiento de los fines del Estado.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público, como direccionador de políticas en materia de ingresos y de gastos contribuirá en la preparación, ejecución y control de la asignación presupuestal. Igualmente, contribuirá al desarrollo de técnicas y sistemas de captación; uso correcto de los recursos del Estado y transparencia de las acciones; todo lo anterior en coordinación con los organismos de control.

El Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno Institucional, en cada entidad, como órgano de coordinación y asesoría, es responsable del diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional, de conformidad con las normas vigentes y las características de cada organismo o entidad.

El servidor público, como eje del Sistema de Control Interno, tiene la obligación de realizar todas y cada una de sus acciones atendiendo los conceptos de autocontrol y autoevaluación y así apoyar las actividades orientadas a fortalecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno del organismo o entidad a la cual pertenece. Desde cada cargo que se ejerza en la organización, existen unas responsabilidades bien definidas en el ejercicio del control interno.

2.4 MARCO LEGAL DEL CONTROL INTERNO ESTATAL

La presente investigación se fundamentó en los siguientes aspectos legales:

★ **La Constitución de 1991** en sus artículos 209 y 269 estableció el deber de la administración pública de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control cuya calidad y eficiencia será evaluada por la Contraloría General de la República,

según facultad y competencia establecida en el literal 6º del artículo 268 de la Constitución Política, como parte integral de las funciones del Contralor General de la República.

★ **La Ley 42 de 1993** en su artículo 18 se refiere a la evaluación del Control Interno a cargo de la Contraloría y analiza los sistemas de control de las entidades sujetas a su vigilancia.

El artículo 189 de dicha ley define las funciones de la Contraloría General de la República referentes a la evaluación y análisis de los sistemas de control de las entidades a fin de establecer la calidad y niveles de confianza para medir los niveles de eficacia y eficiencia en el cumplimiento de los objetivos. El control fiscal que menciona esta ley se caracteriza por ejercer un control posterior en primer lugar y luego un control selectivo en el que por medio de un procedimiento técnico se elige una muestra representativa de recursos, operaciones o actividades”.

★ **La ley 87 del 29 de noviembre de 1993** del Congreso de la República, en desarrollo del mandato constitucional definió el establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas como responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. Así mismo se reglamentó el establecimiento formal de un sistema de evaluación y control de gestión. Esta ley ha sufrido varias modificaciones y reglamentaciones que obedecen a la necesidad de perfeccionamiento de las condiciones de su ejecución, todos encaminados a orientar la gestión y el control como responsabilidad de la administración pública y establecer parámetros para la creación de la oficina de Coordinación de Control Interno y designar su estructura jerárquica, sus integrantes y las funciones que desempeñaría cada uno, así como definir elementos técnicos y administrativos tendientes al fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las entidades y organismos.

★ **Ley 789 del 29 de diciembre de 1998**, crea el Sistema Nacional de Control Interno, como “El conjunto de instituciones, instancias de participación, políticas, normas y procedimientos, recursos, planes, programas, proyectos, metodologías, sistemas de información y tecnología aplicable, inspirado en principios constitucionales de la función administrativa cuyo sustento fundamental es el servidor público”.

★ **Decreto 1826 de 1994** por el cual se reglamenta la Ley 87 de 1993, ordena la creación de los comités y subcomités de coordinación del Sistema de Control Interno al interior de las entidades.

★ **Directiva Presidencial 02 de 1994** referente al desarrollo de la función de Control Interno en las entidades y organismos de la rama ejecutiva del orden nacional.

★ **Directiva Presidencial 01 de 1997** mediante la cual se desarrolla el Sistema de Control Interno.

★ **Decreto 2145 de noviembre 1999** por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones.

★ **Decreto 2539 de 2000** por el cual se modifica el artículo 20 del Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999.

★ **Directiva Presidencial 04 del 20 de octubre de 2000**, el Presidente de la República, fortalece el Control Interno en el marco de la Política de Lucha contra la Corrupción y reasume su facultad para nombrar a los Jefes de Control Interno.

★ **Decreto No. 1537 de 2001** Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado.

★ **Circular 09 de Octubre 1º de 2003**, emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública por medio de la cual se establece que el nombramiento de los jefes de oficina o unidad de control interno o quien hagan sus veces, sea por meritocracia.

★ **El Decreto 188 del 26 de enero de 2004** en el marco del Programa de Renovación de la Administración Pública, en el cual se consolida la actual estructura administrativa del Departamento Administrativo de la Función Pública insiste plenamente en la inminente necesidad de formular y promover las políticas e instrumentos en empleo público, organización administrativa, control Interno y racionalización de trámites, asignando al mismo Departamento la evaluación del impacto de dichas políticas en la administración pública.

★ **Circular Presidencial 02 de 2004** establece la elaboración y presentación del informe ejecutivo anual sobre el avance del Sistema de Control Interno.

★ **Resolución 644** regula el procedimiento para la designación de los jefes de la Unidad u Oficina de Coordinación de Control Interno o de quien haga sus veces de los organismos y entidades de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional.

3. METODOLOGÍA

3.1 POBLACION Y MUESTRA

La población objeto de estudio son los procesos administrativos y operativos de la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT).

Para la muestra se tomaron los procesos del área administrativa y se tuvo en cuenta dos funcionarios de cada una de las siguientes dependencias para el suministro de la información:

- ★ Gerencia
- ★ Subgerencia
- ★ Contabilidad
- ★ Almacén
- ★ Facturación
- ★ Presupuesto
- ★ Auxiliares administrativos

3.2 TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo DESCRIPTIVO-ANALÍTICO basado en dos aspectos principales: la observación sistemática de los procesos y las encuestas. Luego se analizan los resultados que permiten evaluar el Sistema de Control Interno en la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT), con base en la metodología que brinda el Informe COSO para finalmente elaborar la propuesta de mejoramiento.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Son técnicas y herramientas que serán utilizadas para realizar el diagnóstico y con base en este elaborar la propuesta de mejoramiento del sistema de control interno para la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena.

3.3.1 Observación: Teniendo en cuenta que se conocía el problema y el objeto de investigación, la observación tuvo un aspecto contemplativo. Para la aplicación de esta herramienta se empleó el procedimiento de “observación participante” en la cual inicialmente se hizo una familiarización con el lugar y posteriormente se llevó a cabo la observación, recabando información sobre el ambiente de trabajo, los funcionarios, sus actividades e interacciones, los procesos, etc., obteniendo así la información sobre la dinámica del grupo y el tema objeto de estudio.

3.3.2 Cuestionarios COSO. Para la aplicación de esta herramienta se prepararon preguntas que fueron contestadas por los funcionarios y personal responsable de las distintas áreas de la empresa, las cuales fueron elaboradas con base en los componentes del Control Interno y formuladas de tal forma que la respuesta permitiera comprobar, verificar o evidenciar el grado de desarrollo del Sistema de Control Interno e identificar las áreas críticas de una manera uniforme. (ver anexo A).

3.4 ANALISIS DE RESULTADOS

La ponderación de los cuestionarios se hizo teniendo en cuenta los cinco componentes del Sistema de Control Interno que sirvieron de base para la evaluación: Ambiente de Control, Administración del Riesgo, Operacionalización de Elementos, Documentación y Retroalimentación. Cada componente se subdivide en tres factores de valoración que corresponden al grado de desarrollo en que se encuentra dicho componente: bajo, medio y alto.

Cuando el resultado arrojó un puntaje menor a 1050 puntos, significó que el grado de desarrollo es bajo y se mostró con el color rojo. Cuando el resultado arrojó un puntaje con un rango entre 1051 y 1575 puntos, significó un grado medio de desarrollo y se mostró con el color amarillo. Cuando el resultado arrojó un puntaje con un rango entre 1576 y 2100 puntos, significó un alto grado de desarrollo del componente y se mostró con el color verde.

La matriz de evaluación es una herramienta que brinda el Departamento Administrativo de la Función Pública para que las entidades del Estado evalúen el grado de desarrollo de su Sistema de Control Interno. Su utilización es conveniente por su alto grado de confiabilidad teniendo en cuenta que abarca todos los componentes del control interno y se aplica a todas las áreas de la entidad.

Tabla 1. Criterio de ponderación de los cuestionarios.

PUNTAJE ASIGNADO	GRADO DE DESARROLLO	ESTADO ACTUAL DEL SCI
Menor de 1050 puntos	Bajo grado de desarrollo	ROJO
De 1051 a 1575 puntos	Medio grado de desarrollo	AMARILLO
De 1576 a 2100 puntos	Alto grado de desarrollo	VERDE

Elaborado por: Investigadores.

4. RESULTADOS

4.1 DIAGNOSTICO DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS

Como resultado de la aplicación de las herramientas antes mencionadas a los funcionarios de la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT), se presenta a continuación un resumen de los resultados obtenidos para cada componente del Sistema de Control Interno.

4.1.1 Ambiente de Control. Se evaluaron los siguientes factores:

- ★ **Principios y valores.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 42%. De acuerdo a las encuestas, el 100% de los funcionarios contestó que nunca ha participado en la construcción y concertación del código de ética, pues éste no se ha elaborado. Sin embargo, los funcionarios tienen claro en el desempeño de su trabajo, la aplicación de los principios y valores corporativos como son la transparencia, la responsabilidad, la eficiencia y la eficacia, el sentido de pertenencia y la honestidad, lo cual se puede evidenciar en el resultado de sus labores.
- ★ **Compromiso y respaldo de la alta dirección.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 53%. Al respecto el 22% manifiesta que nunca ha recibido orientación acerca de la responsabilidad y el ejercicio del control interno por parte de la administración y desconoce en cabeza de quién está dicha responsabilidad.
- ★ **Cultura de autocontrol.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 65%. El 67% de los funcionarios contestó que algunas veces ha recibido orientaciones sobre el diseño y utilización de instrumentos y mecanismos que faciliten el ejercicio del autocontrol y en el desempeño de sus funciones toma acciones correctivas independientemente de las observaciones de su superior inmediato.

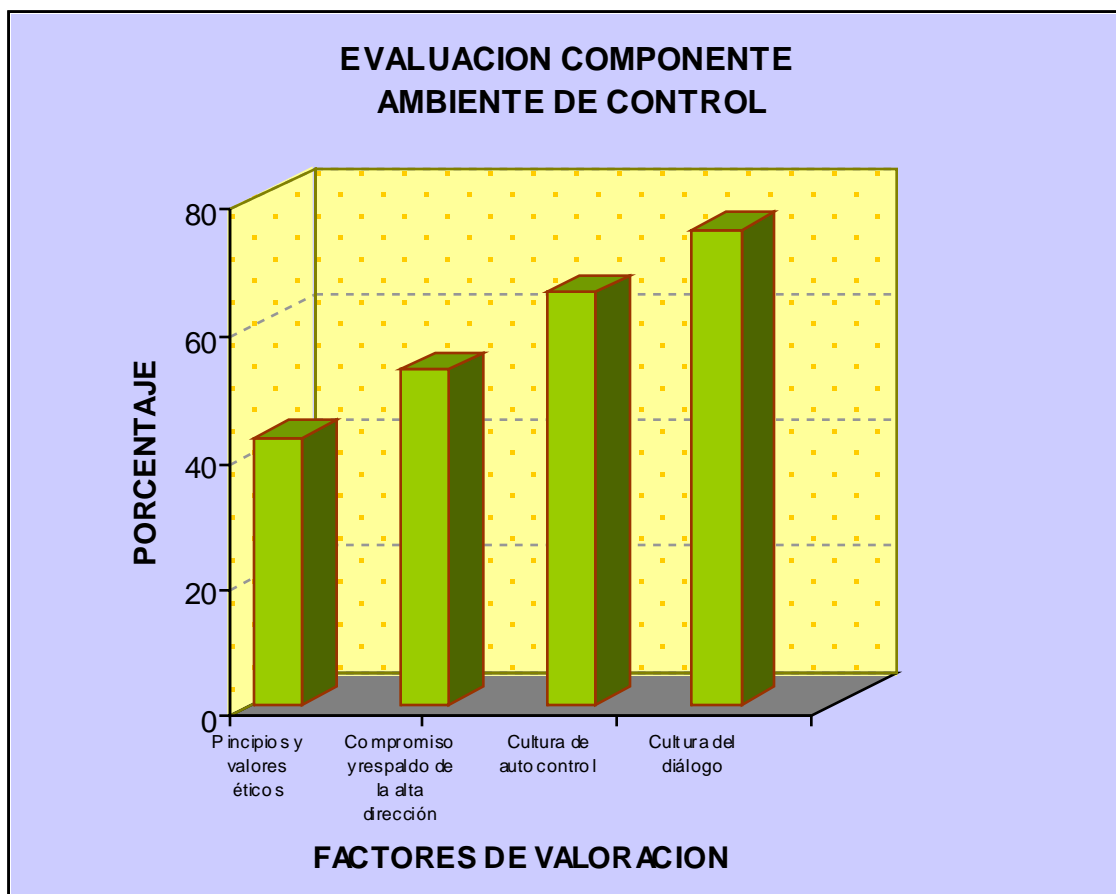
Tabla 2. Evaluación componente - Ambiente de Control.

COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			% DE AVANCE
		Rango	Puntaje Asig.	Estado actual	
Principios y valores éticos	Identificación y sensibilización	0 - 50	42	Rojo	58,80%
	Difusión	51 - 75			
	Interiorización y compromiso	76 - 100			
Compromiso y respaldo de la alta dirección	Indiferencia	0 - 50	53		
	Delegación	51 - 75		Amarillo	
	Compromiso	76 - 100			
Cultura de autocontrol	Sensibilización en autocontrol	0 - 50	65		
	Capacitación	51 - 75		Amarillo	
	Interiorización y compromiso	76 - 100			
Cultura del diálogo	Dialogo informal	0 - 50	75		
	Dialogo formal	51 - 75		Amarillo	
	Dialogo efectivo	76 - 100			
ESTADO ACTUAL DE LA FASE				AMARILLO	

Elaborado por: Investigadores.

El análisis de los resultados de este componente se sistematiza en el cuadro resumen de la página 55.

Gráfica 1. Evaluación componente – Ambiente de control



Elaborado por: Investigadores.

4.1.2 Administración del riesgo. Se evaluaron los siguientes factores:

- ★ **Valoración del riesgo.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 60%. De acuerdo con las encuestas, el 89% de los funcionarios contestó que algunas veces se han determinado criterios para valorar los riesgos en la organización y el 67% ha participado en la identificación de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y resultados de su área.
- ★ **Manejo del riesgo.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 48%. Los funcionarios encuestados opinan que no existe una metodología que brinde orientación al manejo y control del riesgo, representada en implantación de políticas estándares, procedimientos y cambios físicos que haga parte de un plan de manejo de riesgos.

- ★ **Monitoreo.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 45%. El 45% de los funcionarios encuestados opina que nunca se revisan las acciones correctivas de los riesgos.

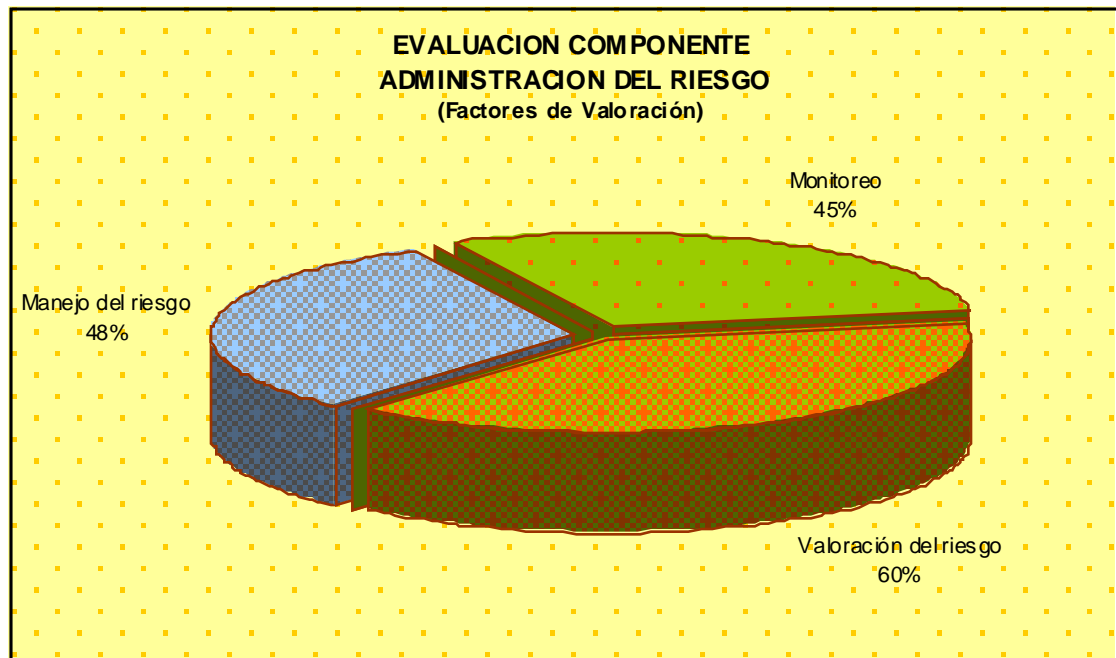
Tabla 3. Evaluación componentes Administración del riesgo.

COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			% DE AVANCE
		Rango	Puntaje Asiq.	Estado actual	
Valoración del riesgo	Identificación de factores	0 - 50	60		51,01%
	Análisis	51 - 75		Amarillo	
	Determinación del nivel de riesgo	76 - 100			
Manejo del riesgo	Consideración de acciones	0 - 50	48	Rojo	
	Plan de manejo de riesgos	51 - 75			
	Puesta en marcha del plan	76 - 100			
Monitoreo	Revisiones sobre la marcha	0 - 50	45	Rojo	
	Programado	51 - 75			
	Acompañamiento a las acciones	76 - 100			
ESTADO ACTUAL DE LA FASE				ROJO	

Elaborado por: Investigadores.

Su análisis se sistematiza en el cuadro resumen de la página 55.

Gráfica 2. Evaluación componente – Administración del riesgo



Elaborado por: Investigadores.

4.1.3 Operacionalización de los elementos. Se evaluaron los siguientes factores:

- ★ **Esquema organizacional.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 85%. E acuerdo a los resultados de la encuesta, el 67% de los funcionarios opina que la estructura organizacional permite la cobertura total del servicio; existe una estructura organizacional flexible y adaptativa que permite dinamizar los procesos y, por ende, los servicios que presta la entidad.
- ★ **Planeación.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 87%. Según las encuestas, se puede evidenciar que la planeación se da en un grado alto de desarrollo con una conjugación adecuada entre sus áreas estratégicas y de apoyo.
- ★ **Procesos y procedimientos.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 75%. De acuerdo a las encuestas, el 89% de los funcionarios aplica los procesos y procedimientos en el cumplimiento de sus funciones y cuenta con mecanismos de verificación

en cada proceso que le permite conocer el desarrollo y aporte de éstos al cumplimiento de los objetivos y misión de la organización.

- ★ **Desarrollo del talento humano.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 70%. El 89% opina que la entidad cuenta con funcionarios idóneos para el desarrollo de sus funciones y los planes de bienestar y capacitación se ajustan a las necesidades de sus funcionarios y contribuye a fortalecer sus competencias laborales.
- ★ **Sistemas de información.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 60%. El 78% de los funcionarios afirma en la encuesta que la entidad cuenta con sistemas de información con una cobertura en áreas esenciales como la correspondencia, el área contable y financiera, algunos procesos misionales y la administración del talento humano. El 22% manifestó que la información suministrada no es confiable ni oportuna para el cumplimiento de sus funciones.
- ★ **Democratización de la administración.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 55%. De acuerdo con la encuesta, el 67% de los funcionarios respondió que nunca o rara vez ha recibido capacitación sobre mecanismos de participación ciudadana ni se generan espacios de participación ciudadana dentro de la entidad.
- ★ **Mecanismos de participación y evaluación.** Autoevaluación. De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 85%. Según la encuesta, el 100% de los funcionarios respondió que aplica los mecanismos e instrumentos de autoevaluación y, por consiguiente, las medidas correctivas necesarias en el ejercicio de sus funciones.
- ★ **Oficina de control interno.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 65%. El 56% de los funcionarios responde en la encuesta que las actividades adelantadas por quien hace las veces de oficina de control interno no han contribuido al fortalecimiento de la cultura del autocontrol. Asimismo, el 45% de funcionarios afirma que las recomendaciones de la Oficina de Control Interno no aportan al mejoramiento de la gestión de la entidad y el mismo 45% de los funcionarios manifiesta que en ninguna de las diferentes áreas de la entidad se ha recibido

asesoría ni acompañamiento por parte de quien hace las veces de Oficina de Control Interno.

Tabla 4. Evaluación componentes - Operacionalización de los elementos

COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			% DE AVANCE
		Rango	Puntaje Asign.	Estado actual	
Esquema Organizacional	Jerarquizada	0 - 50	85		73,80%
	Funcional	51 - 75			
	Flexible y adaptativa	76 - 100		Verde	
Planeación	Herramientas e instrumentos de planeación	0 - 50	87		
	Mecanismos de seguimiento	51 - 75			
	Articulación y coherencia	76 - 100		Verde	
Procesos y Procedimientos	Identificación de los procesos misionales y de apoyo	0 - 50	75		
	Revisión y análisis de procesos	51 - 75		Amarillo	
	Procesos controlados	76 - 100			
Desarrollo del talento humano	Administración	0 - 50	70		
	Plenes y programas.	51 - 75		Amarillo	
	Verificación del desarrollo.	76 - 100			
Sistemas de información	Incipiente	0 - 50	68		
	Automatizado en desarrollo	51 - 75		Amarillo	
	Automatizado con amplia cobertura	76 - 100			

Democratización de la Administración	Facilitar el acceso a la información, consultar y formar al ciudadano.	0 - 50	55	
	Facilitar el control social y la función veedora de la ciudadanía.	51 - 75		Amarillo
	Promover la planeación participativa.	76 - 100		
Mecanismos de participación y evaluación	AUTOEVALUACION		75	
	Herramientas de autoevaluación	0 - 50		
	Actualización de herramientas	51 - 75		Amarillo
	Aplicación de acciones correctivas.	76 - 100		
	UNIDAD U OFICINA DE CONTROL INTERNO			
	Acciones de evaluación.	0 - 50		Rojo
	Acciones de fomento de cultura de autocontrol	51 - 75		
	Acciones de asesoría	76 - 100		
ESTADO ACTUAL DE LA FASE				AMARILLO

Elaborado por: Investigadores.

El análisis de este componente se sistematiza en el cuadro resumen de la página 55.

Grafica Opreacionalización de los elementos.

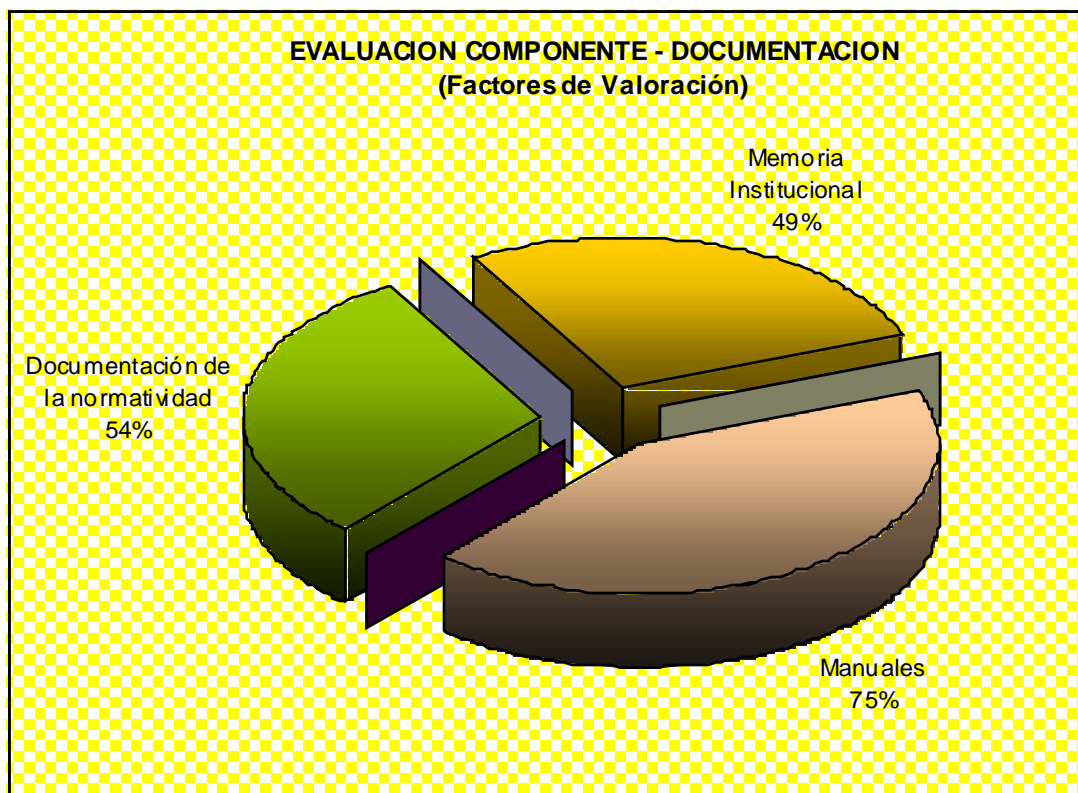
4.1.4 Documentación. Se evaluaron los siguientes factores:

- ★ **Memoria institucional.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 49%. De los funcionarios encuestados, el 56% responde que algunas veces ha recibido capacitación sobre manejo de archivos y clasificación de documentos y manifiesta que la documentación se archiva atendiendo las normas de manejo y conservación de archivos.
- ★ **Manuales.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 75%. De la encuesta realizada se concluye que el 67% ha participado en la elaboración de manuales de procesos y procedimientos y aplica dichos manuales en el ejercicio de sus actividades.
- ★ **Documentación de la normatividad.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 54%. Según los resultados de la encuesta, el 78% manifiesta que en su mayoría, la normatividad tanto interna como externa no está estructurada de tal forma que permita su consulta y que los cambios en las disposiciones legales no son conocidos oportunamente.

Tabla 5. Evaluación componentes - Documentación.

COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			% DE AVANCE
		Rango	Puntaje Asign.	Estado actual	
Memoria Institucional	Informal	0 - 50	49	Rojo	59,30%
	Formal	51 - 75			
	Base para toma de decisiones.	76 - 100			
Manuales	Actualizados	0 - 50	75	Amarillo	
	Difundidos y socializados	51 - 75			
	Aplicados.	76 - 100			
Documentación de la normatividad	Unidad de materia en las disposiciones internas	0 - 50	54		
	Compilación	51 - 75		Amarillo	
	Difusión y aplicación.	76 - 100			
ESTADO ACTUAL DE LA FASE				AMARILLO	

Gráfica 4. Evaluación Componentes – DOCUMENTACION



Elaborado por: Investigadores.

Ver análisis del componente en el cuadro resumen de la página 55.

4.1.5 Retroalimentación. Se evaluaron los siguientes factores:

- ★ **Comité de Coordinación de Control Interno o instancia que haga sus veces.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 42%. De los resultados de la encuesta se concluye que el 90% no conoce la existencia de dicho comité y, por consiguiente, sus responsabilidades.
- ★ **Planes de mejoramiento.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 70%. Los resultados de la encuesta arrojan que el 56% de los funcionarios ha concertado con la instancia que hace las veces de control interno planes para el mejoramiento de la gestión en su área de trabajo y el 78% aplica los correctivos propuestos en dicho plan.

★ **Seguimiento.** De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario COSO y como se puede verificar en la matriz de evaluación, este factor tiene un porcentaje de desarrollo del 65%. Según los resultados de la encuesta, el 34% manifiesta que muchas veces se realiza seguimiento en su área de trabajo a los planes de mejoramiento y el 89% manifiesta que participa en el seguimiento a los planes, programas y procesos de su área.

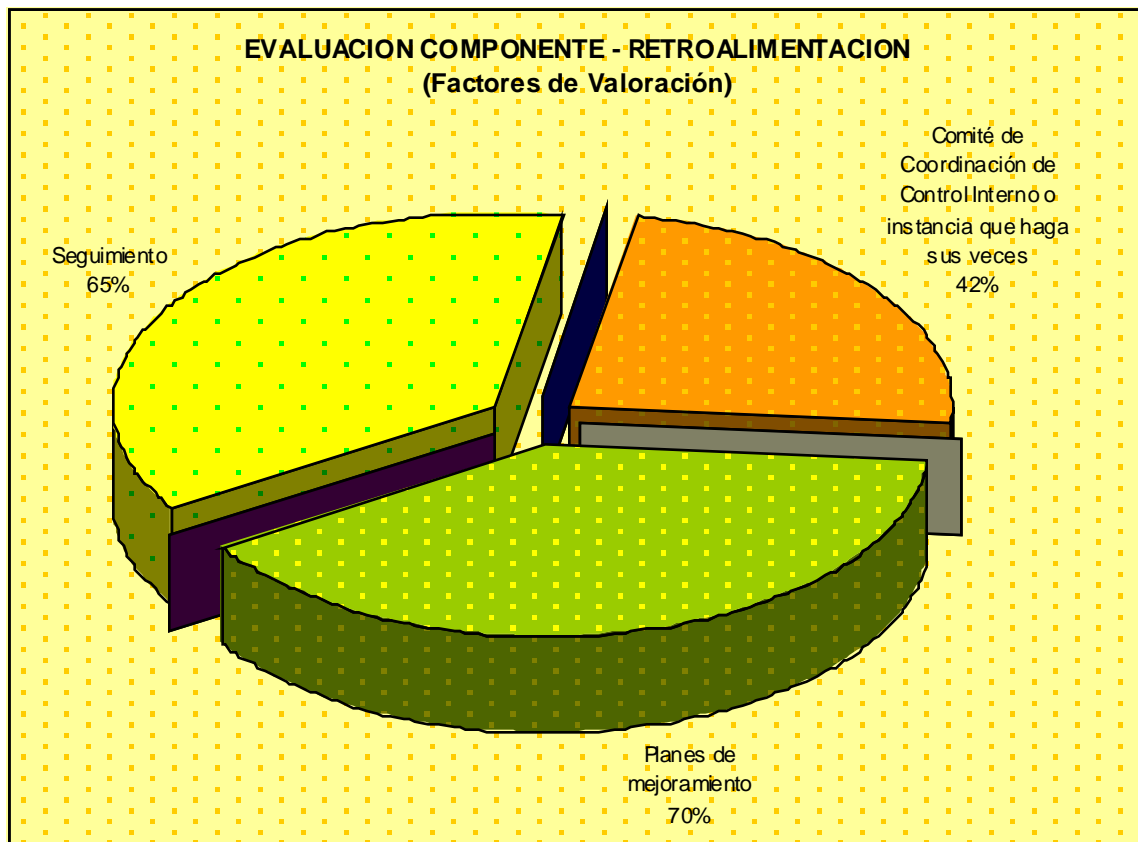
Tabla 6. Evaluación componentes - Retroalimentación

COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			% DE AVANCE
		Rango	Puntaje Asig.	Estado actual	
Comité de Coordinación de Control Interno o instancia que haga sus veces	Formalmente constituido	0 - 50	42	Rojo	59,00%
	Reuniones periodicas	51 - 75			
	Toma de acciones de mejoramiento	76 - 100			
Planes de mejoramiento	Concertado y formulado	0 - 50	70		
	Puesta en marcha	51 - 75		Amarillo	
	Cumplimiento	76 - 100			
Seguimiento	Programado	0 - 50	65		
	Oportuno	51 - 75		Amarillo	
	Acompañamiento a las acciones	76 - 100			
ESTADO ACTUAL DE LA FASE				AMARILLO	

Elaborado por: Investigadores.

El análisis de los resultados este componente se sistematiza en el cuadro resumen de la página 55.

Gráfica 5. Evaluación Componente – RETROALIMENTACION



Elaborado por: Investigadores.

4.2 DIAGNOSTICO DE LA OBSERVACIÓN

Con base en los resultados de la observación, la cual se refiere a los procesos, los funcionarios, sus actividades e interacciones, y los diálogos informales que se llevaron a cabo tanto con funcionarios como con directivos; se identificaron las oportunidades de mejora y las fortalezas de cada componente del control interno, los cuales se deben tener en cuenta en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado - Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT).

4.2.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA Y ASPECTOS POSITIVOS.

Cuadro 1. Resumen de oportunidades de mejora y aspectos positivos.

COMPONENTE	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ASPECTOS POSITIVOS
AMBIENTE DE CONTROL	La ESE HLT no cuenta con un código de ética.	Los funcionarios tienen en cuenta y aplican en el desempeño de sus funciones los principios valores corporativos. La subgerencia asume la responsabilidad del control interno y realiza actividades al respecto. Los funcionarios aplican acciones correctivas en el desempeño de sus funciones.
	No existe una cultura corporativa que permita a los funcionarios concientizarse de los valores éticos.	
	El Sistema de Control Interno no se encuentra formalmente constituido.	
	Falta compromiso y respaldo por parte de la dirección en cuanto al ejercicio del control interno.	
	Falta capacitación y orientación sobre la responsabilidad y el ejercicio del control interno.	
ADMINISTRACION DEL RIESGO	No se tienen definidos criterios ni estrategias para valorar los riesgos en la organización.	Los funcionarios participan en la identificación de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos de su área.
	No existen políticas que brinden orientación al manejo y control de los riesgos.	
	No existe un plan de manejo de riesgos	
	La ESE HLT debe determinar criterios para valorar los riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos de la entidad.	

COMPONENTE	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ASPECTOS POSITIVOS
OPERACIONALIZACION DE LOS ELEMENTOS	Falta de planes y programas de formación y capacitación del personal.	Los funcionarios reciben capacitación según las necesidades que se presenten. Existe Oficina de Atención al usuario.
	Falta la implantación de un sistema de información automatizada con amplios niveles de cobertura que garantice la calidad de la información.	
	No se generan espacios de participación ciudadana que permitan informar y recibir propuestas de la comunidad.	
DOCUMENTACION	Falta capacitación y asesoría sobre manejo de archivos y clasificación de documentos	La ESE HLT ha iniciado un proceso de organización de la documentación, de acuerdo a la normatividad vigente.
	Falta actualización periódica de los manuales de funciones, procesos y procedimientos.	
	Hace falta un archivo organizado que permita la consulta rápida a los funcionarios de la entidad.	
	Falta información a los funcionarios de los cambios en las disposiciones legales de la organización.	
RETRO ALIMENTACION	Falta implementación de acciones de mejoramiento de la gestión institucional.	Los funcionarios informan a sus jefes inmediatos las situaciones críticas que se les presente.
	Falta seguimiento y aplicación de acciones correctivas a los programas y proyectos de la entidad.	

Elaborado por: Investigadores.

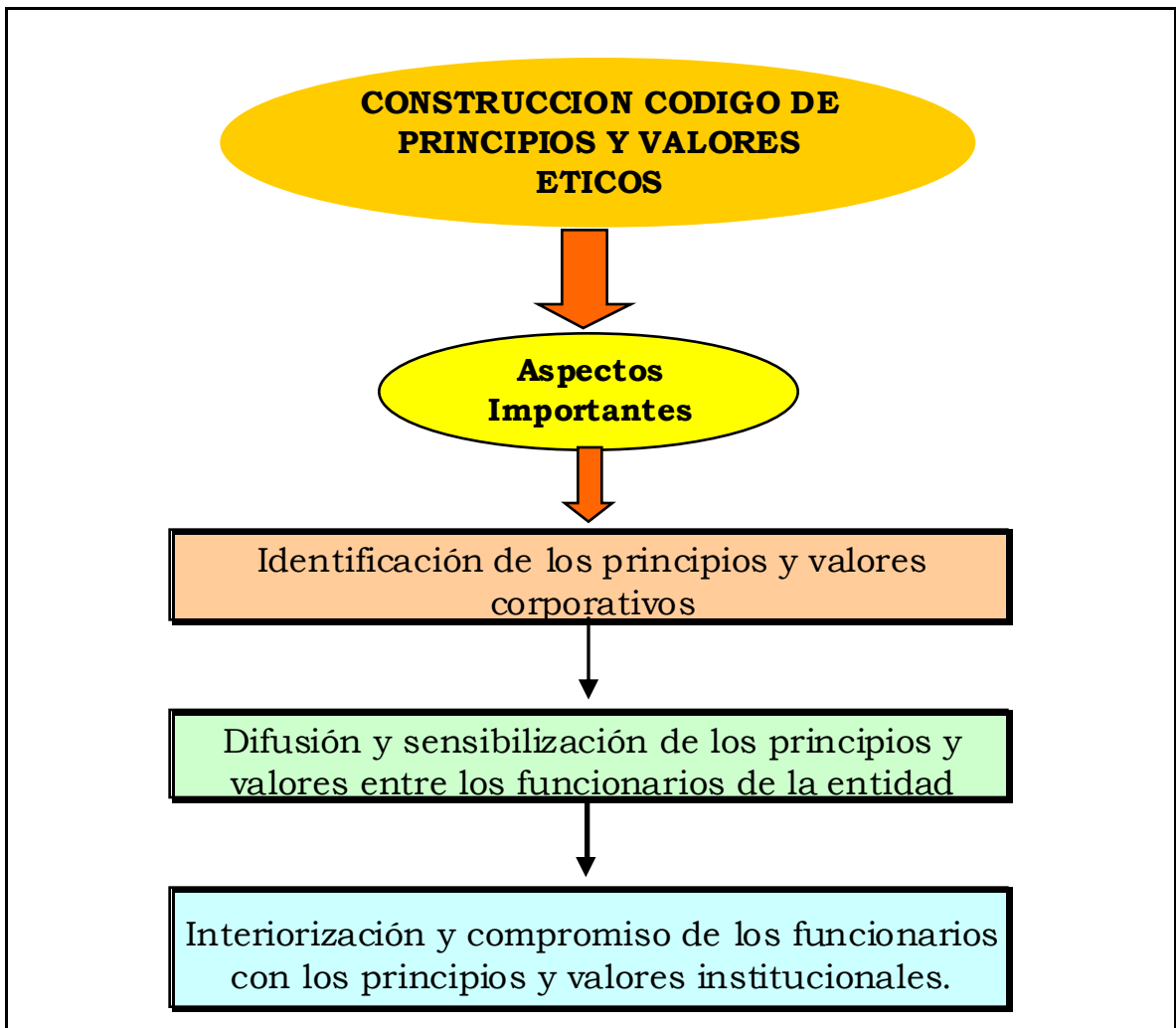
CUADRO RESUMEN DEL DIAGNOSTICO.

CUADRO RESUMEN DEL DIAGNOSTICO.

5. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

Con base en la investigación, análisis y resultados de las encuestas aplicadas a los funcionarios y directivos de la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT), así como la aplicación de la matriz de evaluación, se consideran algunas recomendaciones que pueden ser tenidas en cuenta en el mejoramiento del sistema de control interno, de acuerdo a las oportunidades de mejora identificadas en cada componente, las cuales se presentan a continuación.

5.1 CONSTRUCCION DEL CODIGO DE ETICA INSTITUCIONAL



Elaborado por: Investigadores.

La construcción del código de ética se debe hacer mediante un documento en el cual se establezcan las reglas y principios que definen el sentido de la institución y

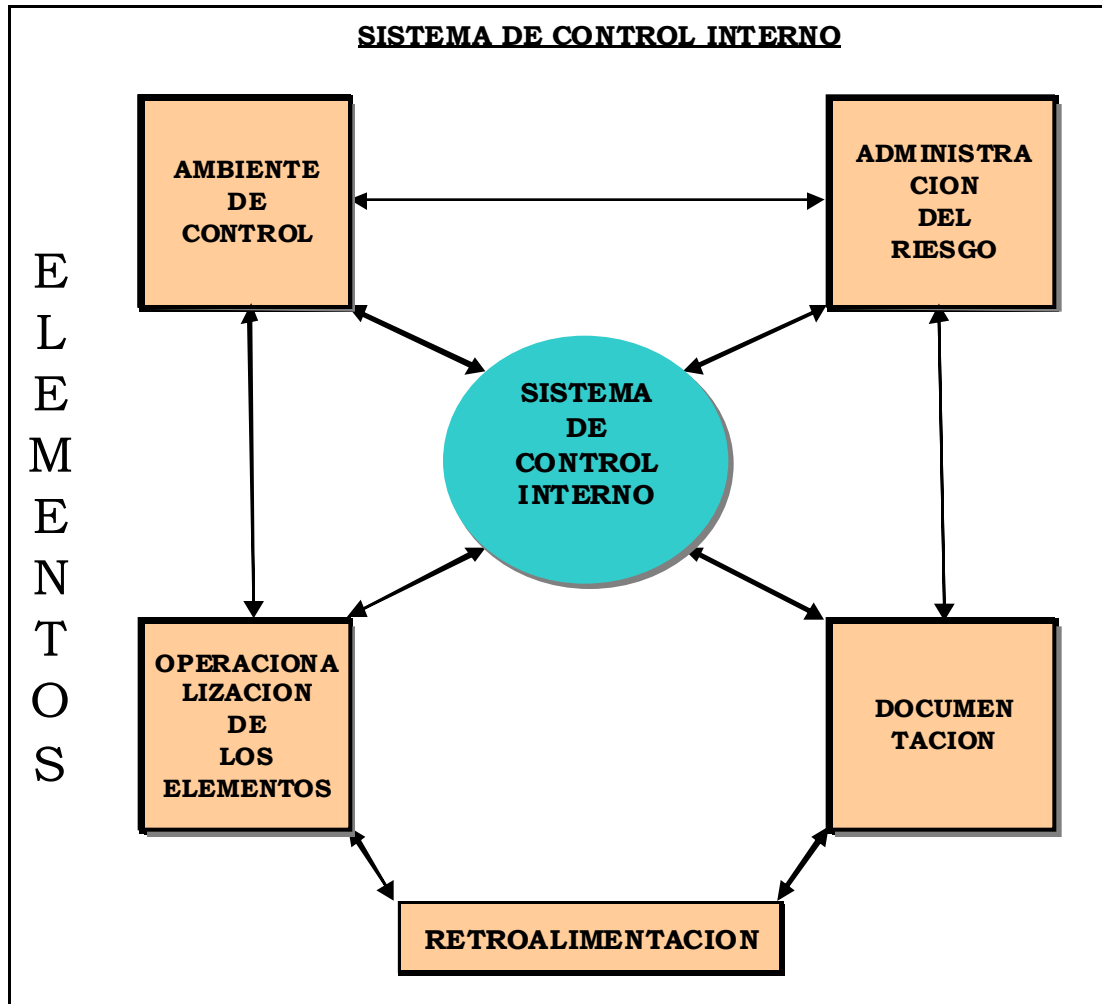
por tanto, establezca el marco normativo y el criterio de orientación de la empresa. Debe ser construido colectivamente para asegurar su interiorización, y plasmarse con base en acuerdos puntuales suscritos por todos los funcionarios.

A nivel interno, el código de ética institucionaliza los valores, normas y criterios de decisión que definen el proyecto de organización y que deben regular toda la actividad organizacional. A la vez debe crear una cultura organizacional y un clima ético que identifique a los directivos y al resto del personal con el proyecto común que define a la organización.

Además, debe definir la responsabilidad, los derechos y las obligaciones de todos los grupos interesados y recoger el compromiso de la organización con la satisfacción de los intereses internos en juego, sirviendo como instrumento estratégico para la inducción, capacitación y desarrollo del capital humano.

A nivel externo, el código de ética debe comunicar de manera pública, el carácter propio de la organización, ante el mercado, el estado y la sociedad, dando a conocer qué es la organización y cuáles son sus objetivos, explicando sus líneas de actuación con las cuales se compromete la organización ante sus clientes, proveedores y competidores.

5.2 IMPLANTACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO



Elaborado por: Investigadores.

De acuerdo con los resultados de las encuestas, se pudo establecer que aunque no exista la Oficina de Control Interno formalmente constituida, hay un funcionario de la planta de personal que, además de desempeñar las funciones inherentes a su cargo lleva a cabo actividades de control interno. Teniendo en cuenta que el grado de desarrollo del control interno se encuentra actualmente en el nivel medio, debe organizarse la Oficina de Control Interno o delegar formalmente esta responsabilidad en un funcionario competente, con el fin de elevar su grado de desarrollo y optimizar las condiciones que se encontraron en el proceso de la investigación.

La creación de la Oficina de Control Interno debe estar orientada hacia el liderazgo de la implantación definitiva del sistema y, además, brinde la colaboración necesaria a la gerencia para cumplir su obligación en este campo. Además, es importante nombrar como jefe de la Oficina de Control Interno a un funcionario

responsable, idóneo y con la experiencia necesaria que produzca resultados de manera eficaz e induzca y acelere el cambio de actitud entre los funcionarios de la entidad.

A la vez, debe formalizarse el Comité de Coordinación Oficina de Control Interno o instancia que haga sus veces como encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles y asesore a la dirección en la continuidad del proceso administrativo; en la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

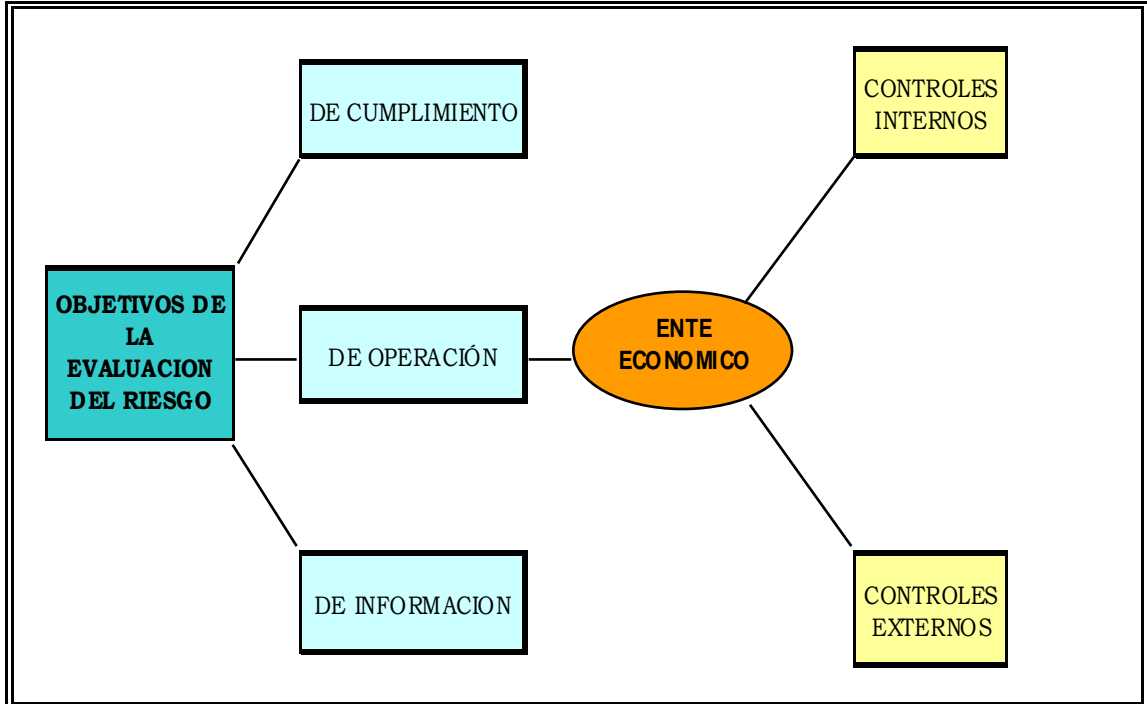
Asimismo, el Comité de Coordinación del Sistema Control Interno debe implementar mecanismos de verificación y evaluación del control interno, para lo cual se deben utilizar las normas de auditoría generalmente aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficiencia y seguridad.

5.3 CAPACITACION

Se recomienda la creación de programas de capacitación permanente del recurso humano en cuanto a normas, cultura de control y autocontrol, en provecho del desempeño ético, con el fin de aumentar su motivación hacia el tema y maximizar el nivel de desempeño de cada funcionario.

Dicha capacitación debe hacer énfasis, además, en el verdadero significado del control interno y la necesidad de su interiorización y compromiso, vigilando su puesta en práctica desde cada puesto de trabajo y extenderse también al manejo, administración y protección de los bienes y recursos de la entidad, como el aseguramiento de los elementos y el manejo y clasificación de documentos.

5.4 ADMINISTRACION DEL RIESGO



Elaborado por: Investigadores.

En cuanto a la administración del riesgo, se recomienda reevaluar permanentemente los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a presentar eventuales amenazas para la consecución de los objetivos organizacionales.

Esta reevaluación implica la construcción y puesta en marcha de un plan de manejo de riesgos en el cual se definan los criterios y las estrategias para valorar los riesgos de la organización mediante la identificación, en forma precisa, determinar responsables, actividades, presupuesto, tiempos y resultados esperados para evitar, reducir, dispersar, transferir o asumir el riesgo, teniendo en cuenta que la orientación básica de todos los recursos y esfuerzos de la organización proporcionan una base sólida en el ejercicio del control interno.

Para ello la organización debe establecer un proceso suficientemente amplio que tome en cuenta sus interacciones más importantes entre todas las áreas y de éstas con el exterior.

Es fundamental establecer la estructura del riesgo de la ESE – HLT, partiendo de riesgos del nivel estratégico que tendrán que ver con factores externos representados en aspectos económicos, sociales, político-legales y tecnológicos; así mismo los riesgos basados en aspectos internos representados en los

sistemas de información, el personal vinculado y la naturaleza de los procesos, entre otros.

5.5 ESTRUCTURA ORGÁNICA

La ESE HLT cuenta con una estructura organizacional funcional con líneas de autoridad definidas pero hace falta armonía, coherencia y articulación entre las diferentes áreas; por lo tanto se recomienda una estructura plana con niveles jerárquicos mínimos que promueva las relaciones de colaboración, trabajo en equipo, desarrollo del talento humano, autocontrol y creatividad y permita, de esta forma, que las decisiones fluyan sin obstáculos, tanto horizontal como verticalmente.

Se recomienda, además, realizar una adecuada evaluación de las actividades de control y hacer análisis estratégicos de las operaciones que incluya una adecuada segregación de funciones con el fin de reducir el riesgo de error o de acciones inapropiadas. Así mismo establecer mecanismos de supervisión y monitoreo de las actividades realizadas, teniendo en cuentas las auditorías tanto internas como las llevadas a cabo por los entes externos de control.

Deben llevarse a cabo la asignación de funciones de acuerdo al perfil y experiencia; coordinación operativa por áreas; definición de perfiles por cargos y por grupos de trabajo.

Es necesario contemplar en esta estructura la seguridad de los recursos de la entidad para lo cual se recomienda:

- Contar y comparar los equipos, inventarios, valores y otros activos en forma periódica con las cantidades presentadas en los registros de control.
- Poner controles y acceso restringido a los recursos, activos y registros
- Espacios adecuados para mantener los activos en buenas condiciones.
- Instalar un adecuado sistema de seguridad industrial

5.6 DISEÑO E IMPLEMENTACION DE INDICADORES DE GESTION

La ESE HLT debe implementar métodos de medición de gestión por medio de indicadores que permitan evaluar y controlar los procesos y los resultados, mantener una visión completa de la institución, establecer relaciones entre lo programado y lo ejecutado, y adoptar medidas de control garantizando la eficacia, calidad, eficiencia, ética y economía de todas las operaciones, en cumplimiento de las metas propuestas, y la observancia de las funciones asignadas por la Ley.

Teniendo en cuenta que la generación de indicadores de gestión tiene como fin desarrollar la cultura de autocontrol y el monitoreo permanente de los procedimientos, se proponen a continuación los siguientes indicadores:

❖ **Indicadores de productividad**

Se entiende como productividad el número de actividades o productos por hora contratada y rendimiento el número de actividades o productos por hora laborada.

$$\text{Productividad consulta} = \frac{\text{Número de consultas}}{\text{Número de horas médico contratadas}}$$

$$\text{Rendimiento Lavandería} = \frac{\text{Número de kilos de ropa lavada}}{\text{Número de horas funcionario laboradas}}$$

La productividad y el rendimiento se mejoran a través del mejoramiento de los procesos y de la definición de las funciones; ha medida que se realiza el proceso de mejoramiento y la automatización del mismo, los niveles de comparación podrán irse ajustando.

❖ **Indicadores de eficiencia financiera.**

Facturación de servicios. Una de las estrategias fundamentales para asegurar la supervivencia de las instituciones es la garantía de la facturación del 100% de los servicios prestados.

Para ello se propone medir mensualmente el incremento de los volúmenes facturados, con el fin de evaluar el proceso de implantación.

$$\frac{\text{Valor facturado periodo actual} - \text{Valor facturado periodo anterior}}{\text{Valor facturado periodo anterior}} \times 100$$

❖ **Indicadores de rentabilidad económica.**

Entre los objetivos corporativos de un Hospital se encuentran la supervivencia y la rentabilidad económica que se logra únicamente a través del aseguramiento del ingreso de recursos en igual o mayor cantidad que los costos.

Para ello se propone medir mensualmente el valor de los ingresos por todos los conceptos y relacionarlo con el valor de los gastos por todos los conceptos para ese periodo.

$$\text{Rentabilidad económica} = \frac{\text{Valor total de los ingresos en el periodo}}{\text{Valor total de los gastos en el periodo}} \times 100$$

El patrón de comparación de este indicador debe ser igual o superior al 100% para garantizar la supervivencia.

5.7 SISTEMAS DE INFORMACION

Teniendo en cuenta que el sistema de información es un instrumento para el control gerencial y la retroalimentación a nivel interinstitucional e institucional, a través de cada una de las dependencias de la entidad, para su fortalecimiento es importante tener en cuenta que la ESE HLT cuenta con un software que permite trabajar en red las áreas de inventarios, facturación, contabilidad, financiera y asistencial, no obstante debe ampliar el nivel de cobertura de dicho sistema e implementar las siguientes medidas de control y seguridad que garanticen la calidad de la información:

- Asegurarse de que las aplicaciones en uso estén debidamente documentadas.
- Definir perfiles de usuarios y manejo de claves.
- Hacer backups o copias de seguridad periódicamente con el fin de salvaguardar la información en caso de que se presenten situaciones de amenaza o daños en la información.

6. CONCLUSIONES

La investigación brinda un aporte importante a la comprensión sobre el tema del control interno, por la necesidad que se ha visto de conocer la normatividad que lo rige, su interpretación y correcta aplicación de esta valiosa herramienta. Como resultado del trabajo de investigación presentamos las siguientes conclusiones:

- A pesar de que el Sistema de Control Interno no ha sido implantado formalmente en la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT), ni existe la Oficina de Control Interno, prevalece entre los funcionarios una actitud ética y responsable en el desempeño de sus funciones y en la práctica de hábitos saludables que permiten tener una expectativa de mejoramiento en la aplicación de esta herramienta.
- De la aplicación de las encuestas y las conversaciones informales sostenidas con los funcionarios, se pudo apreciar que se despertó en los funcionarios el interés y la expectativa por conocer y profundizar sobre el tema.
- Lo anterior puede ser aprovechado por la entidad en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, brindando la capacitación necesaria para lograrla interiorización y compromiso por parte de los funcionarios.
- Después de analizada la información obtenida, que muestra un grado de desarrollo del Sistema de Control Interno del 63% lo cual significa que la gestión administrativa es satisfactoria, se concluye que no es indispensable la existencia formal de la Oficina de Control Interno para que se lleven a cabo las actividades inherentes al control interno y éste funcione eficazmente.
- Teniendo en cuenta que la Empresa Social del Estado – Hospital Local de Tauramena (ESE – HLT) cuenta con infraestructura moderna, recursos económicos, recursos humanos idóneos y tecnología, estos pueden ser aprovechados en el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
- De acuerdo con el diagnóstico llevado a cabo, se puede evidenciar que es viable llevar a cabo un proceso de mejoramiento del Sistema de Control Interno en esta entidad, teniendo en cuenta el compromiso de los funcionarios hacia la entidad, el interés que mostraron por el tema y la voluntad y compromiso que existe por parte de la dirección.

BIBLIOGRAFÍA

CEPEDA ALONSO, Gustavo. Auditoria y control interno. Bogotá: MC GAW HILL. 2002. 234 p.

COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución política de Colombia, 1991.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. Guía metodológica, fortalecimiento y evaluación del sistema de control interno. Bogotá: 2002. 57 p.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. OFICINA DE CONTROL INTERNO. Ley 87 del 29 de noviembre de 1993.

ESTUPIÑAN GAITAN, Rodrigo. Control interno y fraudes con base en los ciclos transaccionales, análisis del informe COSO. Bogotá: ECOE 2003. 360 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Normas colombianas para la presentación de trabajos de investigación. Quinta actualización. Bogotá: ICONTEC 2002.

MANTILLA BLANCO, Samuel Alberto. Control interno, informe COSO. 3 ed. Bogotá: ECOE 2003. 354 p.

<http://www.gestiopolis.com>

<http://www.monografias.com>

<http://www.controlinterno.udea.edu.co>

ANEXO A

ENCUESTA INFORMATIVA TRABAJO DE GRADO "EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA Y PROPUESTA DE MEJORAMIENTO"

CARGO: FUNCIONARIOS

	PREGUNTAS	RESPUESTA (Responda con base en los siguientes criterios)
	AMBIENTE DE CONTROL	
	1. Principios y valores	
1)	Ha participado en la construcción, concertación y definición del código de ética institucional que contenga los principios y valores que orienten la dinámica organizacional?	
		Nunca 1
		Rara vez 2
		Algunas veces 3
		Muchas veces 4
		Todas las veces 5
2)	Los principios y valores establecidos en la entidad contribuyen al fortalecimiento de las relaciones interpersonales y clima laboral?	
		Nunca 1
		Rara vez 2
		Algunas veces 3
		Muchas veces 4
		Todas las veces 5

3)	Aplica en el desempeño de sus funciones el Código de ética Institucional?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5

2. Compromiso y respaldo de la alta dirección

4)	Ha participado en actividades promovidas por la alta dirección relacionadas con el ejercicio del control interno?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5

5)	Ha recibido orientación acerca de la responsabilidad y ejercicio del control interno, por parte del superior inmediato?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5

3. Cultura de autocontrol

6)	En la entidad se dan orientaciones sobre el diseño y utilización de instrumentos y mecanismos que faciliten el ejercicio de autocontrol?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5

7)	En el cumplimiento de las funciones de los servidores de la entidad se evidencia compromiso, responsabilidad y sentido de pertenencia hacia la organización?	Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
8)	Contribuye la Oficina de Control Interno al desarrollo de la cultura del autocontrol?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
9)	Toma acciones correctivas en el desempeño de sus funciones independientemente de las observaciones de su superior inmediato?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5

4. Cultura del dialogo

10)	Cuenta con espacios para expresar sentimientos, conocimientos e intercambio de información que le faciliten el crecimiento personal y organizacional dentro de la entidad?	Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
11)	Los funcionarios participan a través de sus opiniones y aportes en la toma de decisiones de las áreas o de la entidad?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
12)	En la entidad el diálogo contribuye al mejoramiento del clima organizacional?	Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

5. Valoración del riesgo

- 13) Ha participado en la identificación de los riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos y resultados de su área o de la organización?
- | | |
|-----------------|---|
| Nunca | 1 |
| Rara vez | 2 |
| Algunas veces | 3 |
| Muchas veces | 4 |
| Todas las veces | 5 |

- 14) Se han determinado criterios para valorar los riesgos en la organización?.
- | | |
|-----------------|---|
| Nunca | 1 |
| Rara vez | 2 |
| Algunas veces | 3 |
| Muchas veces | 4 |
| Todas las veces | 5 |

6. Manejo del riesgo

- 15) Para controlar los posibles riesgos en el ejercicio de sus funciones tiene en cuenta las acciones propuestas en el plan de manejo de riesgos ?
- | | |
|-----------------|---|
| Nunca | 1 |
| Rara vez | 2 |
| Algunas veces | 3 |
| Muchas veces | 4 |
| Todas las veces | 5 |

7. Monitoreo

- 16) Se aplican revisiones periódicas a las acciones definidas en el plan de manejo de riesgos de la entidad?
- | | |
|----------|---|
| Nunca | 1 |
| Rara vez | 2 |

Algunas veces	3
Muchas veces	4
Todas las veces	5

OPERACIONALIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS

8. Esquema organizacional

17) La estructura organizacional actual permite la cobertura del servicio a todos los grupos de interés a quienes tiene la función de servir la entidad, en todas las regiones de su competencia?

Totalmente en desacuerdo	1
Más en desacuerdo que de acuerdo	2
Neutral	3
Más en acuerdo que en desacuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

18) Los actuales niveles de autoridad y responsabilidad permiten el cumplimiento de las funciones que le han sido asignadas a la entidad?

Totalmente en desacuerdo	1
Más en desacuerdo que de acuerdo	2
Neutral	3
Más en acuerdo que en desacuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

9. Planeación

19) Los funcionarios participan en la elaboración de la planeación de sus áreas?

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3

		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
20)	Los programas, los proyectos y el plan operativo de las áreas se relacionan con los objetivos de la entidad?		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
21)	Los ajustes a la planeación son el resultado del seguimiento a los planes, programas y proyectos institucionales?		
		Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
22)	Los resultados obtenidos en la planeación corresponden a lo inicialmente programado?		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5

10. Procesos y procedimientos

23)	Aplica en el ejercicio de sus funciones los procesos y procedimientos documentados del área?		
		Nunca	1
		Rara vez	2

		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
24)	Participa en la actualización de los procesos y procedimientos de su área para el mejoramiento de la gestión?		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
25)	Hay relación entre los procesos y procedimientos de su área con los objetivos corporativos?		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
26)	Se identifican puntos de control en los procesos y procedimientos de su área?		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5

11. Desarrollo del Talento Humano

27)	La entidad cuenta con funcionarios que poseen los perfiles idóneos para el desarrollo de sus funciones?		
		Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2

		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
28)	Los planes de bienestar y capacitación desarrollados en la entidad se ajustan a las necesidades de los funcionarios e institucionales?		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
29)	El plan de capacitación que se desarrolla en la entidad, ha contribuido a fortalecer las competencias laborales de los funcionarios?		
		Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5

12. Sistemas de información

30)	Los funcionarios cuentan con sistemas de información para el desarrollo permanente de sus funciones?		
		Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5

31)	Para la generación de información institucional por parte de las diferentes áreas de la organización existe articulación y coherencia dentro del sistema de información?	Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
32)	La información suministrada por el sistema de información es confiable y oportuna para el cumplimiento de sus funciones?	Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
33)	Cuenta con medidas de control y seguridad el sistema de información institucional?	Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5

13. Democratización de la administración pública

34)	Se ha recibido capacitación e información sobre los mecanismos de participación ciudadana?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
35)	Se generan espacios de participación ciudadana para informar y recibir propuestas de la comunidad que permitan mejorar el desempeño institucional?	Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5

MECANISMOS DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

14. Autoevaluación

36)	Aplica en el ejercicio de sus funciones mecanismos e instrumentos de autoevaluación?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
37)	Como resultado de la autoevaluación, aplica las medidas correctivas necesarias?	Nunca	1

Rara vez	2
Algunas veces	3
Muchas veces	4
Todas las veces	5

15. Oficina de Control Interno

38)	Las actividades adelantadas por la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, han contribuido al fortalecimiento de la cultura del autocontrol en su área y en las demás de la entidad?		
		Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
39)	Las recomendaciones de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, aportan al mejoramiento de la gestión de la entidad?		
		Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
40)	Las áreas en la entidad han recibido asesoría y acompañamiento por parte de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces?		
		Nunca	1
		Rara vez	2

Algunas veces	3
Muchas veces	4
Todas las veces	5

DOCUMENTACION

16. Memoria Institucional

41)	Se ha recibido capacitación sobre manejo de archivos y clasificación de documentos?		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
42)	Se archiva la documentación atendiendo políticas de manejo y conservación de archivos?		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5

17. Manuales

43)	Participa en la elaboración de los manuales de procesos y procedimientos de su área de trabajo?		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
44)	Aplica en el ejercicio de sus actividades los manuales de funciones y requisitos, los de procesos y procedimientos y demás requeridos en su área de trabajo?		

		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
45)	Se actualizan periódicamente los manuales de funciones y requisitos, de procesos y procedimientos en su área de trabajo? .		
		Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		Muchas veces	4
		Todas las veces	5
18.	Documentación de la normatividad		
46)	La normatividad tanto interna como externa está estructurada de tal forma que permita su consulta?		
		Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
47)	Los funcionarios y usuarios cuentan con medios accesibles para consultar la normatividad que rige y aplica para la entidad?		
		Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3

		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5
48)	Los funcionarios conocen oportunamente los cambios en las disposiciones legales tanto internas como externas de la organización?		
		Totalmente en desacuerdo	1
		Más en desacuerdo que de acuerdo	2
		Neutral	3
		Más en acuerdo que en desacuerdo	4
		Totalmente de acuerdo	5

RETROALIMENTACION

19. Comité de Coordinación de Control Interno o instancia que haga sus veces

49) Conoce a través de canales de información institucionalizados las propuestas que hace el Comité de Coordinación de Control Interno para el mejoramiento de la entidad?

	Nunca	1
	Rara vez	2
	Algunas veces	3
	Muchas veces	4
	Todas las veces	5

20. Planes de Mejoramiento

50) Se concertan con la oficina de Control Interno o agentes de control externo planes para el mejoramiento de la gestión en su área de trabajo?

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Muchas veces	4
Todas las veces	5

51) Se aplican los correctivos propuestos en el plan de mejoramiento para su área de trabajo?

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Muchas veces	4
Todas las veces	5

21. Seguimiento

52) Se realiza seguimiento en su área de trabajo a los planes de mejoramiento suscritos con la Oficina de Control Interno?

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Muchas veces	4
Todas las veces	5

53) Al hacer seguimiento a los planes, programas, proyectos o procesos en los cuales usted participa en su área, aplica correctivos?.

Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Muchas veces	4
Todas las veces	5

ANEXO B

CRITERIOS DE CALIFICACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Alto grado de desarrollo. Esta calificación se obtiene cuando se dan las siguientes condiciones:

- Existe un código de ética institucional donde se identifican principios y valores de la organización.
- Todos y cada uno de los funcionarios que forman parte del equipo muestran un alto sentido de interiorización y compromiso con el S.C.I.
- El equipo directivo establece mecanismos y lidera la aplicación de las recomendaciones tendientes al mejoramiento del S.C.I.
- La organización está siempre dispuesta a la crítica y autocrítica permanentes.
- La entidad está en capacidad de determinar el grado de exposición y vulnerabilidad a que está expuesta.
- La alta dirección lidera y asume la adopción de medidas para crear conciencia del riesgo, dentro del espacio gerencial, de modo que se facilite a los ejecutivos dar el soporte al plan.
- La Oficina de Control Interno presta apoyo a las diferentes áreas en su implementación o evaluación de acciones encaminadas al seguimiento y mejoramiento del S.C.I.
- La entidad tiene facilidad de adaptación al cambio, dinamiza los procesos y, en consecuencia, los productos o servicios de la entidad; su estructura está compuesta por niveles jerárquicos mínimos y enfatiza las relaciones de colaboración, trabajo en equipo y promueve el desarrollo del talento humano, el autocontrol y la creatividad.
- Se muestra una conjugación adecuada entre sus áreas estratégicas y de apoyo nacidas en la práctica de un verdadero proceso de planeación, seguimiento y medición de la gestión institucional.
- Existen mecanismos de verificación y seguimiento mediante los cuales se puede medir el impacto de los planes y programas.
- La información utilizada por la entidad como insumo en la toma de decisiones es producida por el uso de la tecnología de automatización de datos.
- Existe un proceso de discusión, negociación y concertación en el cual se analiza y decide conjuntamente con los ciudadanos.
- Se logran acciones de mejoramiento que redundan en la consecución de resultados.
- La entidad maneja la memoria institucional como un aspecto relevante en la toma de decisiones.
- Los manuales cumplen con la función para la cual fueron creados.

- Se aplica la normatividad en todas las áreas y existe unidad de criterio en su aplicación.
- Se apoya el cumplimiento de los procesos que contribuyen al logro de los fines misionales.

- **Medio grado de desarrollo.** Esta calificación se obtiene cuando se dan las siguientes condiciones:
 - La entidad se encuentra en la etapa de difusión de los valores corporativos.
 - La alta dirección delega la implementación del S.C.I. en otras instancias de la organización.
 - Existe un proceso formativo de apropiación del significado del S.C.I.
 - Existen canales de comunicación estructurados.
 - Se analizan los factores de riesgo.
 - La entidad se encuentra en la etapa de formulación del plan de manejo de riesgos.
 - Se encuentra establecida la revisión de los elementos que conforman la valoración del riesgo.
 - Se cuenta con una infraestructura organizacional con líneas de autoridad definidas.
 - Existen mecanismos efectivos para el seguimiento de lo programado.
 - Se revisan y analizan los procesos prioritarios para evaluar de qué manera inciden en el cumplimiento de los objetivos.
 - Se aplican programas integrales de formación y capacitación.
 - Se considera la implementación de la automatización.
 - Se fomenta la participación ciudadana.
 - Se ejecutan acciones tendientes a fortalecer la autonomía y el mejoramiento continuo de los procesos.
 - La organización cuenta con mecanismos que garantizan la difusión de los manuales.
 - Las normas que rigen la organización se compilan en un archivo o documento de fácil acceso.
 - Se hace seguimiento oportuno a las decisiones tomadas.
 - Se cuenta con la voluntad y compromiso de quienes tienen la responsabilidad de los planes de mejoramiento.
 - Existen variables de seguimiento que permiten evaluar el grado de cumplimiento de lo programado.

Bajo grado de desarrollo. Esta calificación se obtiene cuando se presentan las siguientes situaciones:

- La entidad no cuenta con un código de ética. Se encuentra en la etapa de identificación y sensibilización de los principios y valores de la organización.
- Se ignoran los componentes y elementos del S.C.I.
- Los canales de diálogo son indefinidos.
- La entidad se encuentra en la etapa de identificación de los factores generadores de riesgos.
- Se advierten posibles desviaciones del S.C.I.
- Existe una estructura jerarquizada y fraccionada con líneas de autorización rígida y vertical.
- La organización cuenta con herramientas e instrumentos de planeación, pero no los implementa.
- Se identifican los procesos más relevantes que contribuyen directamente al cumplimiento de la razón de ser de la organización.
- La mayor parte de la información es procesa por medios manualizados.
- Se facilita el acceso a la información a los usuarios y ciudadanos.
- Se utilizan mecanismos de verificación y evaluación, pero no se actualizan, ni se aplican acciones correctivas.
- La oficina de control interno o quien hace sus veces lleva a cabo actividades de de verificación del Sistema de Control Interno, pero no lleva a cabo acciones de fomento del autocontrol ni acciones de asesoría.
- Existen manuales de funciones, procesos y procedimientos pero no han sido difundidos y socializados en la entidad y no son aplicados por los funcionarios.
- El Comité de Coordinación de Control Interno está creado legalmente pero no se reúne periódicamente y no toma acciones de mejoramiento.
- Existe un Plan de Mejoramiento concertado y formulado, pero no se le ha dado cumplimiento.

ANEXO C
EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
MATRIZ DE CALIFICACION

AMBIENTE DE CONTROL							
COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			TOTAL CALIFICACION FASE		
		Rango	Punt. Asig.	Estado actual	Calific. Fase	Estado actual de la fase	
Principios y valores éticos	Identificación y sensibilización	0 - 50	42	Rojo	##	Rango fase Bajo 0 - 200	
	Difusión	51 - 75					
	Interiorización y compromiso	76 - 100					
Compromiso y respaldo de la alta dirección	Indiferencia	0 - 50	53			##	Medio 201 - 300 AMARILLO
	Delegación	51 - 75		Amarillo			
	Compromiso	76 - 100					
Cultura de autocontrol	Sensibilización en autocontrol	0 - 50	65				##
	Capacitación	51 - 75		Amarillo			
	Interiorización y compromiso	76 - 100					
Cultura del diálogo	Dialogo informal	0 - 50	75		##		
	Dialogo formal	51 - 75		Amarillo			
	Dialogo efectivo	76 - 100					

**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
MATRIZ DE CALIFICACION**

ADMINISTRACION DEL RIESGO						
COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			TOTAL CALIFICACION FASE	
		Rango	Punt. Asig.	Estado actual	Calific. Fase	Estado actual de la fase
Valoración del riesgo	Identificación de factores	0 - 50	60		##	Rango fase Bajo 0 - 150 Medio 151 - 225 Alto 226 - 300
	Análisis	51 - 75		Amarillo		
	Determinación del nivel de riesgo	76 - 100				
Manejo del riesgo	Consideración de acciones	0 - 50	48	Rojo	##	AMARILLO
	Plan de manejo de riesgos	51 - 75				
	Puesta en marcha del plan	76 - 100				
Monitoreo	Revisiones sobre la marcha	0 - 50	45	Rojo	##	% DE AVANCE 51,0%
	Programado	51 - 75				
	Acompañamiento a las acciones	76 - 100				

OPERACIONALIZACION DE LOS ELEMENTOS

EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
MATRIZ DE CALIFICACION

COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			TOTAL CALIFICACION FASE			
		Rango	Punt. Asig.	Estado actual	Calific. Fase	Estado actual de la fase		
Esquema organizacional	Jerarquizada	0 - 50	85		##	Rango fase Bajo 0 - 400 Medio 401 - 600 Alto 601 - 800 % DE AVANCE 73,8%		
	Funcional	51 - 75						
	Flexible y adaptativa	76 - 100		Verde				
Planeación	Herramientas e instrumentos de	0 - 50	87				##	Rango fase Bajo 0 - 400 Medio 401 - 600 Alto 601 - 800 % DE AVANCE 73,8%
	Mecanismos de seguimiento	51 - 75						
	Articulación y coherencia	76 - 100		Verde				
Procesos y procedimientos	Identificación de los procesos misionales y de apoyo	0 - 50	75					
	Revisión y análisis de procesos	51 - 75		Amarillo				
	Procesos controlados	76 - 100						
Desarrollo del talento humano	Administración	0 - 50	70		##	Rango fase Bajo 0 - 400 Medio 401 - 600 Alto 601 - 800 % DE AVANCE 73,8%		
	Plenes y programas.	51 - 75		Amarillo				
	Verificación del desarrollo.	76 - 100						

EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
MATRIZ DE CALIFICACION

Sistemas de información	Incipiente	0 - 50	68		##
	Automatizado en desarrollo	51 - 75		Amarillo	
	Automatizado con amplia cobertura	76 - 100			
Democratización de la administración pública	Facilitar el acceso a la información, consultar y formar al ciudadano.	0 - 50	55		
	Facilitar el control social y la función veedora de la ciudadanía.	51 - 75		Amarillo	
	Promover la planeación participativa.	76 - 100			
MECANISMOS DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN	Autoevaluación		85		
	Herramientas de autoevaluación	0 - 50			
	Actualización de herramientas	51 - 75			
	Aplicación de acciones	76 - 100	Verde		
	Unidad u Oficina de Control		65		
	Acciones de evaluación.	0 - 50			
Acciones de fomento de cultura de autocontrol	51 - 75	Amarillo			
	Acciones de asesoría	76 - 100			

**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
MATRIZ DE CALIFICACION**

DOCUMENTACION								
COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			TOTAL CALIFICACION FASE			
		Rango	Punt. Asig.	Estado actual	Calific. Fase	Estado actual de la fase		
Memoria institucional	Informal	0 - 50	49	Rojo	##	Rango fase		
	Formal	51 - 75						
	Base para toma de decisiones.	76 - 100						
Manuales	Actualizados	0 - 50	75			##	Bajo 0 - 150	
	Difundidos y socializados	51 - 75		Amarillo				
	Aplicados.	76 - 100						
Documentación de la normatividad	Unidad de materia en las disposiciones	0 - 50	54				##	Medio 151 - 225
	Compilación	51 - 75		Amarillo				
	Difusión y aplicación.	76 - 100						
								Alto 226 - 300
								% DE AVANCE
								59,3%
						AMARILLO		

**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
MATRIZ DE CALIFICACION**

RETROALIMENTACION						
COMPONENTES	FACTORES DE VALORACION	CALIFICACION COMPONENTE			TOTAL CALIFICACION FASE	
		Rango	Punt. Asig.	Estado actual	Calific. Fase	Estado actual de la fase
Comité de coordinación de control interno o instancia que haga sus veces	Formalmente constituido	0 - 50	42	Rojo	##	Rango fase
	Reuniones periódicas	51 - 75				Bajo 0 - 150
	Toma de acciones de Mejoramiento	76 - 100				
Planes de mejoramiento	Concertado y formulado	0 - 50	70		##	Medio 151 - 225
	Puesta en marcha	51 - 75		Amarillo		AMARILLO
	Cumplimiento	76 - 100				
Seguimiento	Programado	0 - 50	65		##	Alto 226 - 300
	Oportuno	51 - 75		Amarillo		% DE AVANCE
	Acompañamiento a las acciones	76 - 100				

**EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA
 MATRIZ DE CALIFICACION**

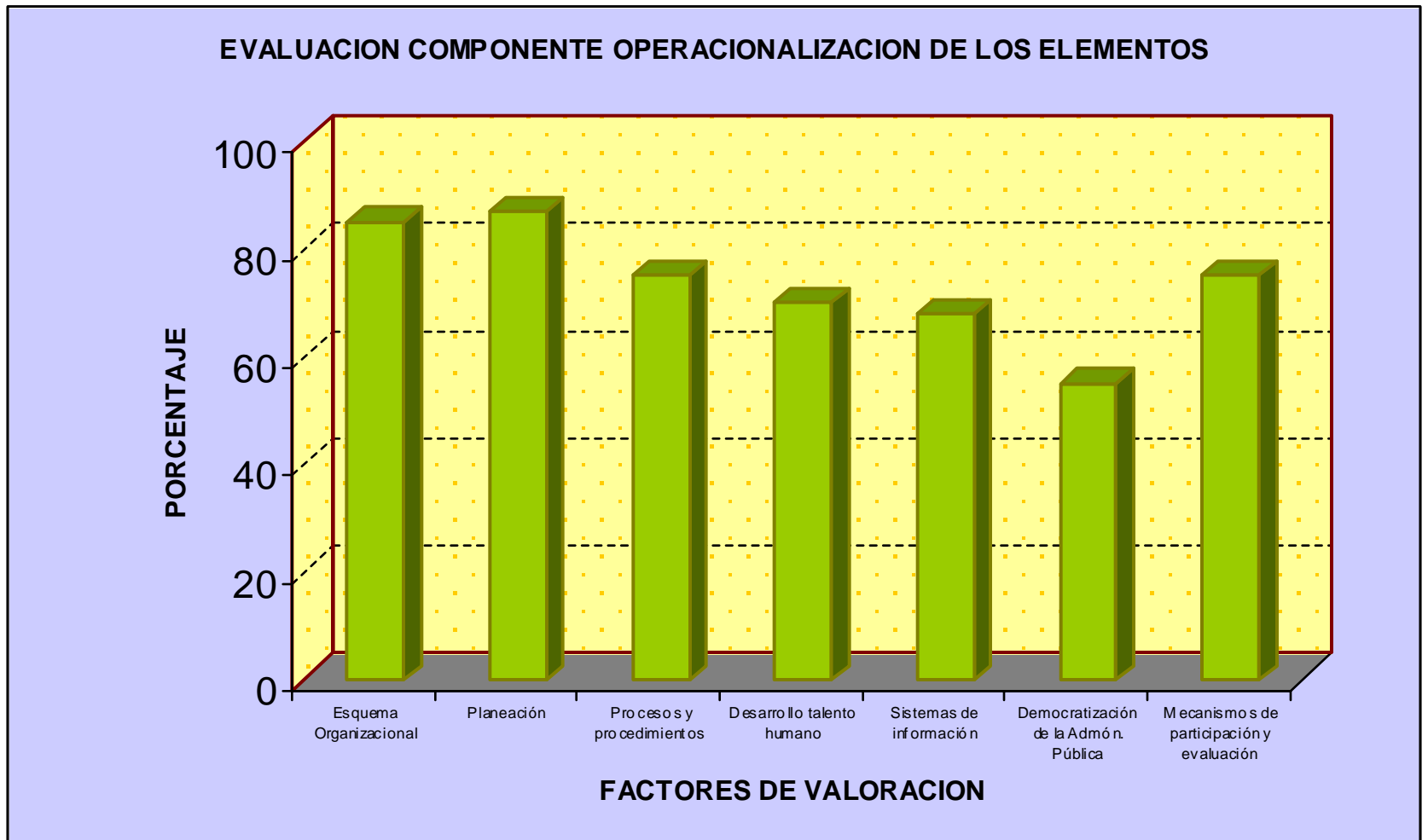
CALIFICACION FINAL	RANGO	TOTAL FASES	ESTADO ACTUAL
	Bajo 0 - 1050	1333	
	Medio 1051 - 1575		AMARILLO
	Alto 1576 - 2100		
% DE AVANCE DEL SCI		63,5%	

COMPONENTE	DIAGNOSTICO
<p>AMBIENTE DE CONTROL</p>	<p>Este componente presenta un grado de desarrollo del 58,8%. Las principales debilidades son:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Inexistencia del código de ética. * El Sistema de Control Interno no se encuentra formalmente constituido. * Falta más compromiso y respaldo de la alta dirección. * Falta capacitación y orientación sobre la responsabilidad y el ejercicio del control interno.
<p>ADMINISTRACION DEL RIESGO</p>	<p>Este componente presenta un grado de desarrollo del 51,01%. Las principales debilidades son:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No existe formalmente un plan de manejo de riesgos. * No se tienen definidos formalmente criterios ni estrategias para valorar los riesgos en la Empresa. * No existe una metodología documentada que brinde orientación al manejo y control de riesgos.
<p>OPERACIONALIZACION DE LOS ELEMENTOS</p>	<p>Este componente presenta un grado de desarrollo del 73,8%. Es el componente que presenta mayor grado de desarrollo. Las principales debilidades son:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Inexistencia de la Oficina de Control Interno. * Falta de fortalecimiento de la cultura de autocontrol * Falta de planes y programas de formación y capacitación del personal * No existe un sistema de información automatizada * No se generan espacios de participación ciudadana * Falta de asesoría por parte de la oficina que hace las veces de oficina de control interno.

COMPONENTE	DIAGNOSTICO
DOCUMENTA- CION	<p>Este componente presenta un grado de desarrollo del 59,3%. Las principales debilidades son:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No existe un archivo organizado que facilite su consulta. * No se actualizan periódicamente los manuales * Falta capacitación y asesoría sobre manejo de archivos y clasificación de documentos * Falta comunicación sobre cambios y disposiciones legales de la Empresa
RETRO- ALIMENTACION	<p>Este componente presenta un grado de desarrollo del 59,0%. Las principales debilidades son:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No existe comité de coordinación de control interno. * Falta implementación de acciones de mejoramiento de la gestión institucio * Falta de seguimiento y aplicación de acciones correctivas a los programas y proyectos de la entidad.

Elaborado por: Investigadores.

GRAFICA 3. Evaluación componente – Operacionalización de los elementos.



Elaborado por: Investigadores.