



Bogotá, 22 de diciembre de 2020

Doctor
EDGARD SIERRA CARDOZO
Contralor de Cundinamarca
E. S. D.

Asunto: Plan de Mejoramiento – Auditoria Gubernamental con enfoque integral vigencia 2019

Respetado Doctor Sierra Cardozo

Me permito adjuntar dentro de los términos establecidos en el oficio radicado C20117800204 emitido por su despacho el Plan de Mejoramiento de la Auditoria Gubernamental con enfoque integral, Modalidad integral practicada a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, corresponde la vigencia 2019.


El Plan de Mejoramiento contiene cada una de las estrategias y actividades que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, adelantará con el fin de subsanar las observaciones y/o hallazgos contenidos en el informe.

P.D.: Anexo 8 folios y 1 CD

Cordialmente,



EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
Gerente

Proyecto: Yetica H.A. 
Jefe Oficina de Control Interno



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co*“Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada”*

DEPENDENCIA : DIRECCION OPERATIVA DE CONTROL DEPARTAMENTAL

PLAN DE MEJORAMIENTO

NOMBRE DE LA ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS

NOMBRE DEL JEFE DE CONTROL INTERNO YETICA JHANSVELLI HERNANDEZ ARIZA

FECHA RECEPCION INFORME FINAL DE AUDITORIA 30 DE NOVIEMBRE DE 2020

PERIODO QUE CUBRIO LA AUDITORIA VIGENCIA 2019

FECHA DE SUSCRIPCION DICIEMBRE 22 DE 2020

FECHA DE INICIO

OBJETIVO GENERAL

Buscar el mejoramiento continuo y permanente de los procesos en cumplimiento de los principios de la Gestión Pública.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Garantizar razonablemente la producción y generación de información financiera con las características fundamentales de relevancia, representación fiel, definidas en el marco conceptual y normativo establecido por el regimen de Contabilidad Publica, lo que permitira desarrollar decisiones enfocadas al logro de los objetivos de la E.S.E.

Establecer y gestionar un Control más efectivo de las actividades de la organización, que beneficien e incrementen la efectividad en la operación de la E.S.E.

No	HALLAZGO	ÁREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN PROGRAMADO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	
	<p>OPINION DE LOS ESTADOS FINANCIEROS 1 Opinión con salvedades Condición: En el análisis realizado a las principales cuentas de los estados financieros de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se encontró que presentan razonablemente la situación financiera, en sus aspectos más significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2019, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas, prescrites por la Contaduría General de la Nación; no obstante, se establecieron algunas observaciones que llevaron a determinar una opinión con salvedades sobre la razonabilidad de los saldos. Criterio: Se evidencia presunta falta de observancia a lo establecido respecto al proceso contable, en la Resolución 525 del 13 de</p>			<p>1. Generar semestralmente un Comprobante automático de deterioro de cartera en DGH. SOPORTE: Comprobante Deterioro de Cartera</p> <p>2. Cuatrimestralmente Depurar terceros procedentes de la Cuenta contable 1385 de Difícil recaudo, previo análisis y soportes del Área de cartera, con una disminución del 20%. SOPORTE: Fichas Técnicas con comprobante de Ajuste</p> <p>3. Realizar cuatrimestralmente conciliaciones entre los módulos de cartera y contabilidad de las dos (2) ERP más representativas de cada uno de los cinco (5) Ejecutivos que gestionan el cobro y recaudo incluyendo gestión realizada en partidas por identificar y giro directo SOPORTE: Actas de Conciliación (son 30 actas totales . 10 cada cuatrimestre)</p> <p>4. Realizar trimestralmente Notificaciones de saldos y/o Derechos de petición a todas las Entidades Responsables de Pago. SOPORTE: Documento con soporte de envío según relación de entidades programadas con corte Diciembre 2020</p>	<p>Junio de 2021 y Diciembre de 2021</p> <p>abril a diciembre de 2021</p> <p>Marzo a diciembre de 2021</p> <p>febrero a diciembre de 2021</p> <p>enero a diciembre 2021</p> <p>enero a diciembre 2021</p> <p>enero a diciembre 2021</p> <p>enero a diciembre 2021</p>	<p>No. de Comprobantes de deterioro generados / Total de Comprobantes a Generar del deterioro la vigencia * 100</p> <p>No. de fichas técnicas verificadas y ajustadas por el Comité de Cartera, que soportan la disminución del 20% de la cuenta 1385 Difícil recaudo.</p> <p>Numero. de Actas de conciliación realizadas / Numero total de actas de conciliación a ejecutar *100</p> <p>No. de Notificaciones o Derechos de petición enviados a las empresas / total de entidades con obligaciones de pago.</p> <p>Actas de reuniones de trabajo</p> <p>Ordenes de servicios cargadas/ total de ordenes de servicio*100</p> <p>Informe mensual del cumplimiento de la actividad.</p> <p>Informe mensual del cumplimiento de la actividad.</p>	<p>Subdirector de Contabilidad</p> <p>Subdirector de Mercadeo y contratación de servicios de salud - Subdirector de Contabilidad</p> <p>Subdirector de Mercadeo y contratación de servicios de salud - Subdirector de Contabilidad</p> <p>Director Financiero - Subdirector de Mercadeo contratación de servicios de salud (cartera) Subdirector de Contabilidad</p> <p>Lider de proyecto de Facturación</p> <p>Dirección científica - Procesos misionales</p> <p>Lider de proyecto de Facturación</p> <p>Lider de proyecto de Facturación</p>	
			Dirección Financiera / Gestión financiera	Seguimiento a la cartera más representativa de los principales deudores.				
					<p>1. Desarrollar bimestralmente reuniones- mesas de trabajo con las diferentes áreas que intervienen en la ejecución proceso de ordenes de servicios para gestionar la correcta y oportuna facturación. SOPORTE : Actas de reuniones de trabajo con ocho áreas que intervienen en el cargue de ordenes de servicio.</p> <p>2. Cargar al 100% las ordenes de servicio en el aplicativo DGH (priorizar laboratorio y radiología) SOPORTE: informe</p> <p>3. Verificar diariamente el cargue del 100% de las ordenes de servicios de los egresos. SOPORTE: Informe Mensual</p> <p>4. Verificar diariamente el cargue de por lo menos del 30% de las ordenes de servicios de los pacientes hospitalizados SOPORTE: informe</p>			
			Dirección Financiera / Gestión financiera	Seguimiento, control y mejoramiento de los registros de información del módulo de Facturación.				

No	HALLAZGO	ÁREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN PROGRAMADO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
1	<p>septiembre de 2016 de la contaduría General de la Nación "por la cual se incorpora, en el Régimen de Contabilidad Pública, la Norma de Proceso Contable y Sistema Documental Corriente".</p> <p>Causa: En la auditoría se encontró que las observaciones se debían a las siguientes situaciones: la cartera sigue desajustada a la realidad económica de la entidad, la falla de inclusión de activos en el inventario de bienes que impide realizar un cotejo entre los registros en la contabilidad con la realidad económica y la falta de parametrización de los módulos del sistema financiero para el cálculo de los costos.</p> <p>Efecto: Opinión con salvedades sobre la razonabilidad de los saldos de los estados financieros. Página 10 a la 38</p>	<p>Dirección Financiera / Gestión financiera</p> <p>Dirección Administrativa Almacén / Gestión de bienes y servicios</p> <p>Dirección Financiera / Gestión financiera</p> <p>Dirección Financiera / Gestión financiera</p> <p>Dirección Financiera / Gestión financiera</p>	<p>Mantener actualizado los inventario de Activos Fijos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en sus tres sedes (Bogotá, Unidad Funcional Zipaquirá, Hospital Regional Zipaquirá).</p> <p>Concluir con la parametrización de costos de los productos priorizados en módulo DGH.</p> <p>Mejorar la ruta de alimentación de la información</p>	<p>5. Realizar trimestralmente cruces de información de las ordenes de servicio procedente del módulo de facturación que llegan al módulo de contabilidad realizando los documentos de ajustes necesarios. SOPORTE: Actas de conciliación mensual</p> <p>6. Realizar cuatrimestralmente capacitaciones a todos los facturadores de Bogotá, HRZ y UFZ, por parte de la Subdirección de Sistemas en el manejo del módulo de facturación (que incluya ordenes de servicios y cargue) de facturación con la verificación de las inconsistencias, generadas por el sistema de información Dinámica Gerencial. SOPORTE: Planilla de Asistencia- Capacitación</p> <p>1. Mensualmente realizar Conciliación del Módulo de Contabilidad Vs. Módulo de Activos Fijos consolidado Bogotá, HRZ y UFZ. SOPORTE: Actas de Conciliación</p> <p>2. Diligenciar mensualmente el Formato de ingresos oportunos de todos los Activos Fijos de la E.S.E. bajo cualquier modalidad (Contrato, Orden de Compra, Comodato, Donación en especie, Contraprestación, Convenio), consolidado Bogotá, HRZ y UFZ. SOPORTE: Formato Consolidado de Activos Fijos Nuevos</p> <p>3. Realizar Inventarios Periódicos y aleatorios de activos Fijos - con ajustes de novedades. SOPORTE: Documento soporte de Inventarios realizados aleatoriamente</p> <p>1. Entregar Cuatrimestralmente el Reporte para cada Distribución del módulo DGH (7 Actividades del módulo) SOPORTE: Reportes generados DGH (Estimación de costos)</p> <p>2. Cuatrimestralmente presentar Informe de Costos por Producto Priorizado Según Resolución 186 de 2020 de productos institucionales. SOPORTE: Documentos de Costeo de productos priorizados enviados a Mercadeo</p> <p>Revisar los procedimientos del proceso de gestión financiera para determinar si amerita alguna actualización o cambio SOPORTE: Acta de revisión y Seguimiento con la oficina asesora de Planeación</p>	<p>abril a diciembre de 2021</p> <p>Febrero a diciembre de 2021</p> <p>Enero a diciembre de 2021</p> <p>Enero a diciembre de 2021</p> <p>Enero a diciembre de 2021</p> <p>abril a diciembre de 2021</p> <p>abril a diciembre de 2021</p> <p>Diciembre de 2021</p>	<p>Actas de conciliación entre facturación y contabilidad</p> <p>Valor de la glosa que corresponda a la vigencia 2021 versus el valor de la facturación radicada de la misma vigencia 2021</p> <p>(Conciliaciones realizadas en el año / Total conciliaciones a realizar en la vigencia 2021*100.</p> <p>Numero de Formatos Consolidados de Activos Fijos Nuevos ingresados por cualquier modalidad /12*100</p> <p>No. De Inventarios aleatorios realizados durante el año. Según cronograma.</p> <p>Numero de Actividades desarrolladas en el módulo /numero total de actividades del módulo*100</p> <p>Informes de costo de Productos Priorizados/total de informes de costos en la vigencia*100</p> <p>(1) Un Acta de Seguimiento con Planeación</p>	<p>Lider de proyecto Facturación</p> <p>Subdirector de mercadeo y ventas de servicios salud - Lider de proyecto Facturación - Subdirector Sistemas</p> <p>Lider de proyecto Almacén Subdirector de Contabilidad</p> <p>Lider de Proyecto Almacén</p> <p>Lider de proyecto Almacén</p> <p>Director Financiero (costos)</p> <p>Director Financiero (costos)</p> <p>Director Financiero - Jefe oficina asesora de Planeación y garantía de la calidad</p>

No	HALLAZGO	ÁREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN PROGRAMADO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
		Dirección Financiera / Gestión financiera	Mantener Actualizada la Resolución de Facturación	Actualizar la Resolución de Facturación cuando sea pertinente SOPORTE: Documento que evidencie actualización de Facturación Electrónica actualizada.	Diciembre de 2021	Una Resolución o Documento de Facturación Electrónica	Subdirector de Contabilidad - Líder de proyección
		Dirección Administrativa / Almacén / Gestión de bienes y servicios	- Revisar el procedimiento de Bajas de Activos Fijos para determinar si requiere actualización incluyendo las funciones del Comité de Inventarios en este proceso.	Revisar el Procedimiento 02GBS11 - BAJA DE ACTIVOS FIJOS SOPORTE: Acta Revisión del Procedimiento 02GBS11 con planeación para determinar si es necesaria la actualización.	Septiembre de 2021	Un Procedimiento baja de activos fijos revisado	Líder de proyecto Almacén
		Dirección Financiera / Gestión financiera	Actualización del Formato y Corrección de conceptos	1. Actualización del formato en donde se realizan las conciliaciones bancarias 2. Seguimiento a las Conciliaciones Bancarias con partidas no mayores a 3 meses según lo establecido en el procedimiento. SOPORTE Documento SOPORTE de las Conciliaciones Bancarias realizadas	Junio de 2021	Un Documento actualizado	Líder de proyecto Tesorería - Subdirector Contabilidad - Oficina Asesora de Planeación gestión d elaborado calidad.
		Dirección Financiera / Gestión financiera / Oficina Asesora Jurídica /Gestión Jurídica	Realizar conciliación y seguimiento de los procesos entregados por el área de cartera al área jurídica	Realizar cuatrimestralmente seguimiento de la vigencia anteriores y la actual de los procesos jurídicos entregados por parte del área de cartera a la Oficina Asesora Jurídica SOPORTE Actas de seguimiento	Mayo 2021 y Noviembre 2021	Conciliaciones realizadas / No total de Conciliaciones a realizar * 100	Líder de proyecto Tesorería - Subdirector Contabilidad
		Dirección Financiera / Gestión financiera	Aumentar al 45% el Recaudado de la Vigencia Actual y Anteriores	1. Realizar antes el cierre la revisión a la prefectura SOPORTE Informe de la revisión 2. Mantener la Radicación de la facturación por encima del 90% de la Facturación SOPORTE Informe trimestral de Radicación.	Enero a diciembre de 2021	Nº de procesos a los que se les ha realizado seguimiento/ Total de procesos entregados* 100	Director Financiero
		Dirección Financiera / Gestión financiera	Realizar seguimiento al Procedimiento de la provisión y contingencia de litigios o demandas	1. Revisión y actualización del procedimiento " Cálculo de la Provisión Contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y tramites Arbitrales" SOPORTE: 2. Realizar Documento cuatrimestral de Revisión Conjunta de los procesos de cartera y facturación con Gestión Jurídica para verificar la provisión de los litigios y/o demandas SOPORTE Actas de conciliación- Causación de la provisión	Enero a diciembre de 2021	Numero total de prefacturas revisadas/ total de facturas cerradas en el mes.	Líder de proyecto Facturación
		Dirección Financiera /Gestión financiera / Oficina Asesora Jurídica /Gestión Jurídica	Realizar seguimiento al Procedimiento de la provisión y contingencia de litigios o demandas	1. Revisión y actualización del procedimiento " Cálculo de la Provisión Contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y tramites Arbitrales" SOPORTE: 2. Realizar Documento cuatrimestral de Revisión Conjunta de los procesos de cartera y facturación con Gestión Jurídica para verificar la provisión de los litigios y/o demandas SOPORTE Actas de conciliación- Causación de la provisión	1er semestre de 2021	Valor Facturación radicada del mes inmediatamente anterior / total Facturación mensual del mes anterior.	Líder de proyecto Facturación
	EVALUACION AL CONTROL INTERNO CONTABLE CONTROL INTERNO CONTABLE DEFICIENTE Condición: De acuerdo con la verificación y análisis realizado a los estados financieros a 31 de diciembre de 2019 y lo verificado de la vigencia 2020, la Comisión Auditora establece que el control interno contable de la E.S.E. Hospital Universitario La Samaritana es deficiente. Criterio: Se evidenció presunta falta de observancia a lo establecido en la Resolución 193 del 05 de mayo de 2016 de la Contaduría General de la Nación y su anexo: "Por la cual se incorpora, en los procedimientos transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el procedimiento para la evaluación del control interno contable". Ley 1150 de 2007, artículo 19 que señala que "Las Entidades Estatales respetarán el orden de presentación de los pagos por parte de los contratistas". Ley 734 de 2002, artículo 34 "de los Deberes del servidor público", numerales 31 y 33.				abril a diciembre 2021	Procedimiento actualizado	Jefe Oficina Asesora Jurídica
				1. Realizar trimestralmente Cruce de la información simultáneamente incluyendo a Cartera, Objeciones y Contabilidad, registrando las cifras con el detalle de los hallazgos y las acciones de mejoramiento a ejecutar. SOPORTE Actas Trimestrales	Marzo a diciembre de 2021	Conciliación entre los módulos de Contabilidad y Objeciones	Subdirector de Contabilidad/ Jefe Oficina Asesora Jurídica


No	HALLAZGO	ÁREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN PROGRAMADO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
2	Causa: Se estableció que las causas de las deficiencias, tanto en el grado de confiabilidad de sus procesos y procedimientos financieros, como en los registros de los estados financieros mismos, evidencian: que evidencian: falta de diseño de rutas de alimentación; de la información contable, de conciliación, permanente de la información registrada en los estados financieros para asegurar que dicha información corresponda con la realidad económica de la entidad, de depuración permanente de la información, de revelación en las notas a los estados financieros, de inventario de riesgos y acciones de mitigación en los procesos financieros, en el levantamiento de procedimientos para procesos no identificados como las donaciones, en el seguimiento al cumplimiento de requisitos en el trámite de pagos, en el cumplimiento del derecho a turno para pago y en la identificación de riesgos en nuevos procedimientos, así como de su repercusión en la salud de los pacientes. Efecto: Opinión en control interno contable deficiente. Página de la 38 a la 62	Dirección Financiera / Gestión Financiera	Mantener los cruces de la información Trimestral entre Objeciones y Contabilidad, unificando un reporte único como fuentes de la información, buscando la automatización de la validación con el SOPORTE técnico y tecnológico del área de Sistemas - SYAC	2. Gestionar con el área de Sistemas, suprimir los reportes generados actualmentemente y estructurar un reporte único que funcione para cualquier tipo de consulta, SOPORTE Documento soporte de reporte generado	Junio de 2021	Un reporte consolidado de DGH del modulo cartera / objeciones	Director Financiero - Subdirector de Mercado de contratación de servicios de salud
				3.Solicitar y gestionar con el área de Sistemas, la automatización de las validaciones de módulos-información, que permita identificar y revisar lo no coincidente, hasta suprimir los cruces manuales con archivos del mismo aplicativo. SOPORTE Reporte DGH	Junio de 2021	Un reporte generado	
		Dirección Financiera / Gestión Financiera	Mitigar los riesgos en los procesos financieros	Monitorear y Actualizar la matriz de Riesgos y controles del proceso de Gestión Financiera. SOPORTE: Informe de monitoreo y actualización de los riesgos y controles.	Diciembre de 2021	Una Matriz de Riesgos y controles actualizada	Director Financiero
		Dirección Administrativa / Gestión de bienes y servicios I	Creación de procedimiento para la recepción, verificación, visto bueno, aceptación y registro de donaciones dentro del proceso de gestión de bienes y servicios	Elaborar el procedimiento para 02GBSXX - RECEPCION VERIFICACION VISTOS BUENO ACEPTACION Y REGISTRO DE DONACIONES SOPORTE: Procedimiento elaborado, Revisado, Aprobado y Publicado en ALMERA	Junio de 2021	Un Procedimiento aprobado y socializado	Lider de proyecto Almacén
		Dirección Administrativa / Gestión de bienes y servicios I	Actualizar el procedimiento de Ingresos de Activos Fijos e Intangibles	Actualización del Procedimiento 02GBS06 - IDENTIFICACIÓN Y CUSTODIA DE LOS BIENES ACTIVOS FIJOS e INTANGIBLES DE la E.S.E Hospital Universitario de la Saramitana. SOPORTE: Procedimiento Actualizado, revisado, Aprobado y Publicado en la plataforma ALMERA	Junio de 2021	Procedimientos actualizados y socializados	Lider de proyecto Almacén
		Dirección Administrativa / Gestión de bienes y servicios I	Mantener actualizada la información individual de los Activos Fijos de la Entidad con respecto a su ubicación actual, responsable de su uso y custodia, detalle del activos (descripción, marca, modelo, serial), y sede.	Realizar cuatrimestralmente Inventarios Periódicos y aleatorios de activos Fijos - con ajustes de novedades. SOPORTE: Documento soporte de Inventarios realizados aleatoriamente	Enero a diciembre de 2021	No. De inventarios aleatorios realizados durante el año. Según cronograma.	Lider de proyecto Almacén
		Dirección Financiera / Gestión Financiera	Seguimiento y Control a cuenta Otras Subvenciones.	Elaborar el procedimiento RECEPCION, VERIFICACION, VISTO BUENO, ACEPTACION Y REGISTRO DE DONACIONES e INTERFASE CON CONTABILIDAD SOPORTE: Procedimiento Elaborado, Revisado, Aprobado y Publicado en la plataforma ALMERA	Julio de 2021	Un Procedimiento aprobado y socializado	Subdirección de Contabilidad (activos fijos)
				1. Informar a los supervisores que en el momento de la radicación de los soportes para pago, deben especificar al área de cuentas por pagar a parte de la vigencia del contrato el plazo establecido para giro (30,60 o 90 días). SOPORTE: Circular informativa,	Marzo de 2021	Circular informativa	Director Financiero - (Cuentas por pagar)
		Dirección Financiera / Gestión Financiera	Manejar las ordenes de pago teniendo en cuenta el plazo establecido en los contratos	2. Revisión mensual de las carpaías contractuales en el que se verifique el lleno de los requisitos para pago.	Diciembre de 2021	Pagos revisados / pagos realizados en el mes.	Lider de Proyecto de Tesorería

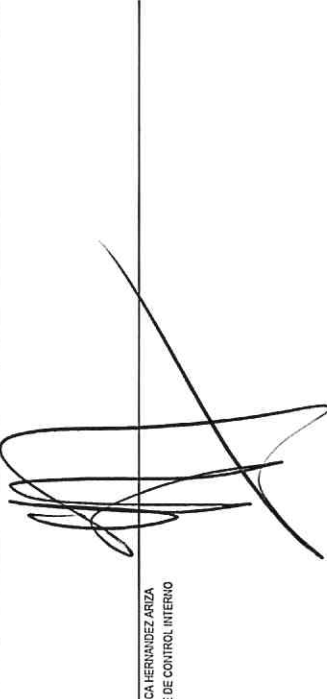
No	HALLAZGO	ÁREACICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN PROGRAMADO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
				3. Elaborar formato codificado para informar los requisitos necesarios para la elaboración de las ordenes de pago SOPORTE Formato Codificado y socializado a los directores y supervisores	Julio de 2021	Un Formato elaborado, Codificado y socializado	Director Financiero- Cuentas por Pagar
		Dirección Financiera / Gestión financiera	Seguimiento a la Ejecución Presupuestal	Capacitar semestralmente a los directores, subdirectores y supervisores que intervienen en la Ejecución del Presupuesto SOPORTE Planilla Asistencia de capacitación	Junio a diciembre de 2021	Capacitaciones Realizadas/ Capacitaciones a realizar * 100	Director Financiero - (Presupuesto)
		Dirección Financiera / Gestión financiera	Seguimiento a la Ejecución Presupuestal	1. Socializar el Procedimiento de Expedición de certificado de Disponibilidad y Registro Presupuestal al Área de Compras. SOPORTE Planilla de Socialización 2. Revisión mensual de las carpetas contractuales en el que se verifique el lleno de los requisitos para pago.	Enero a abril de 2021 Diciembre de 2021	Procedimiento Socializado Pagos revisados / pagos realizados en el mes.	Director Financiero - (Presupuesto) Supervisores de Contratos
		Dirección Financiera / Gestión financiera	Codificación de Formato con los requisitos necesarios para la elaboración de orden de pago	Crear formato codificado para informar los requisitos necesarios para la elaboración de las ordenes de pago SOPORTE Formato Codificado y socializado a los directores y supervisores	Julio de 2021	(1) Un Formato Codificado y socializado	Director Financiero - (Presupuesto) Oficina asesora (Planeación y garantía de la calidad)
3	EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO NO RAZONABLE Condición: De la evaluación a la debida planeación, programación y ejecución presupuestal de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en el marco de la vigilancia y el control fiscal que le corresponde realizar a la Contraloría de Cundinamarca sobre los recursos del Departamento, la Comisión Auditora analizó y evaluó la ejecución presupuestal para la vigencia 2019, encontrando que esta fue no razonable. Criterio: Decreto 111 y 115 de 1996 "Por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos". Causa: Se observó que la situación se debió a: por la falta de planeación en la afectación presupuestal, falta de seguimiento en su desarrollo para evitar la afectación de la ejecución por falta de ajuste del presupuesto a la realidad del desempeño en la contratación, las fallas en los formatos de solicitud y modificación de los CDPs, la falta de identificación de los responsables de las solicitudes a presupuesto, la falta de claridad en los Soportes para pago, las falencias en las acciones de verificación del cumplimiento de requisitos para pago por parte de los supervisores, la falta de evidencia de los pagos en comprobantes de egreso soportados, las faltas en el cumplimiento del derecho a turno para pagos, las falencias en la gestión de las cuentas por pagar, la falta de equilibrio presupuestal entre ingresos y gastos y, la falta de análisis financiero para los movimientos presupuestales. Efecto: La Comisión Auditora establece que la ejecución presupuestal de la entidad Empresas Publicas de Cundinamarca, en la vigencia 2019, fue NO RAZONABLE. Página de la 62 a la 100	Dirección Financiera / Gestión financiera	Revisión del Procedimiento de pagos de bienes y servicios.	Enviar un documento informativo a los responsables que intervienen en el proceso, con indicaciones para generar comprobantes de egreso, con Soportes Idóneos, firmas y responsables legítimos, teniendo en cuenta que hoy día ya no se gira cheques. Cuando es transferencia se cobrará un sello indicando fue por transferencia electrónica SOPORTE documento Informativo	Abril de 2021	Un Formato Codificado y socializado	Líder de proyecto de tesorería - Oficina Asesor (Planeación y garantía de la calidad).
		Dirección Financiera / Gestión financiera	Seguimiento a la ejecución del presupuesto de Ingresos y Gastos para mantener el equilibrio presupuestal	1. Capacitar semestralmente a las áreas intervinientes sobre el proceso de planear, programar, proyectar, y ejecutar los ingresos y gastos en el periodo fiscal para dar cumplimiento a los planes programas y proyectos de inversión SOPORTE Planilla de Asistencia- Capacitación	Junio 2021 a diciembre de 2021	Numero servidores públicos capacitados/ numero de servidores públicos que intervienen en la ejecución de ingresos y gastos.	Director Financiero - (Presupuesto)
		Dirección Financiera / Gestión financiera	Manejar las ordenes de pago teniendo en cuenta el plazo establecido en los contratos	2. Entregar semanalmente a los supervisores, Directores, Subdirectores la ejecución de ingresos y gastos para monitorear el presupuesto de la entidad Informar a los supervisores que en el momento de la radicación de los Soportes para pago, deben especificar al área de cuentas por pagar a parte de la vigencia del contrato el plazo establecido para giro (30,60 o 90 días). SOPORTE : Circular informativa,	Enero a diciembre de 2021	Ejecución presupuestal ejecutada según lo establecido en la normalidad	Director Financiero - (Presupuesto)
		Dirección Financiera / Gestión financiera			Abril de 2021	Una circular informativa.	Director Financiero - (Cuentas por pagar)

No	HALLAZGO	ÁREA/CICLO/PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN PROGRAMADO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
4	<p>AUDITORIA DE DESEMPEÑO Y CUMPLIMIENTO EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA INFORMES DE SUPERVISIÓN</p> <p>Condición: Respecto a los contratos seleccionados en la muestra y de acuerdo a las pruebas documentales aportadas por la Entidad que obran dentro de los expedientes contractuales, se observó que no reposan en los expedientes contractuales los productos extralegales tales como actas, informe periódicos, listados, capacitaciones, etc., que indiquen el cumplimiento de los objetivos específicos, todos los expedientes de la muestra cuentan con un formato general de supervisión que no describe actividades para el cumplimiento ni observaciones presentadas durante la ejecución. Evidenciándose debilidades en los controles de supervisión, acordes con los lineamientos establecidos en el Manual de Contratación, supervisión e interventoría.</p> <p>Criterio: Manual de supervisión Resolución 530 del 21 de diciembre de 2018, principios generales de la contratación pública, lineamientos normativos y reglamentarios de vigilancia y supervisión de los contratos.</p> <p>Causa: Deficiencias en el ejercicio de la vigilancia y control de la ejecución de los contratos, como consecuencia de la ausencia de herramientas formalizadas que les permita ejercer las acciones a ellos encomendadas, tales como manual de supervisión, formatos preestablecidos de supervisión que detecten el análisis de cada una de las líneas contractuales objeto de supervisión (financiero, legal, técnico, etc.).</p> <p>Efecto: Incumplimiento contractual no evidenciados en la supervisión.</p> <p>PUBLICACIÓN DE TODAS LAS ETAPAS CONTRACTUALES EN EL SECOP:</p> <p>Condición: Al realizar la verificación en la muestra de contratación seleccionada (11 contratos) para la auditoría de la vigencia 2019, se verificó que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, realiza la publicación de los contratos en el SECOP I, teniendo en cuenta lo contemplado en la Capítulo XI, Artículo 40 del Estatuto de Contratación Acuerdo 008 de 2014 del 03 de junio de 2014, verificación que hace parte de los papeles de trabajo de esta auditoría. No obstante, el reporte al SECOP se realiza de manera extemporánea. Sin tener en cuenta los 3 días que dice la normatividad.</p> <p>Criterio: Resolución 530 del 21 de diciembre de 2018, Manual de contratación, Principio de Publicidad. Ley 1150 de 2007 Art. 3. Decreto 2474 de 2008. Art. 8.</p> <p>Causa: Falta de controles al interior de la entidad. Efecto: Incumplimiento de la norma.</p> <p>Página: 119</p>	Oficina Asesora Jurídica	Fortalecimiento de la Supervisión	<p>1. Capacitación a los supervisores sobre sus funciones, Estatuto y Manual de contratación de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana. SOPORTE: Soportes Capacitación</p> <p>2. Actualización del Formato de informe de supervisión o interventoría de contratos 05GJ03-V2 aprobado por comité de compras y contratos y procedimiento de ejecución contractual 02GJ01. SOPORTE: Formato y procedimiento actualizado</p> <p>3. Socialización formato de informe de supervisión o interventoría de contratos 05GJ03 y de ejecución contractual 02GJ01. SOPORTE: Formatos de Socialización</p>	31 de diciembre de 2021	<p>Numero de capacitaciones realizadas/ Numero de capacitaciones programadas *100</p> <p>Total de informes de supervisión con el análisis de cada una de las líneas contractuales objeto de la supervisión (entregables) Total de informes de supervisión por cada uno de los contratos.</p> <p>Numero de personas socializadas/ Numero personas a socializar.</p>	Jefe oficina Asesora Jurídica
5	<p>PUBLICACIÓN DE TODAS LAS ETAPAS CONTRACTUALES EN EL SECOP:</p> <p>Condición: Al realizar la verificación en la muestra de contratación seleccionada (11 contratos) para la auditoría de la vigencia 2019, se verificó que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, realiza la publicación de los contratos en el SECOP I, teniendo en cuenta lo contemplado en la Capítulo XI, Artículo 40 del Estatuto de Contratación Acuerdo 008 de 2014 del 03 de junio de 2014, verificación que hace parte de los papeles de trabajo de esta auditoría. No obstante, el reporte al SECOP se realiza de manera extemporánea. Sin tener en cuenta los 3 días que dice la normatividad.</p> <p>Criterio: Resolución 530 del 21 de diciembre de 2018, Manual de contratación, Principio de Publicidad. Ley 1150 de 2007 Art. 3. Decreto 2474 de 2008. Art. 8.</p> <p>Causa: Falta de controles al interior de la entidad. Efecto: Incumplimiento de la norma.</p> <p>Página: 119</p> <p>EVALUACIÓN A LA RENDICIÓN DE LA CUENTA MATRIZ DE LEGALIDAD</p> <p>Condición: Realizando el análisis a la matriz de legalidad que hasta la fecha se ha rendido en el aplicativo SIA OBSERVA se encuentra lo siguiente:</p> <p>Toda la contratación fue rendida bajo la modalidad de Régimen Especial, razón por la cual se hace la siguiente clasificación de acuerdo al procedimiento/causa cantidad y cumplimiento. En el</p>	Dirección Administrativa	Reporte información SECOP conforme a los parámetros legales	<p>1. Modificación Procedimiento reporte de los procesos contractuales de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - SECOP 02DE16-V1. SOPORTE: Procedimiento Modificado</p> <p>2. Socialización a quienes intervienen en el cargue de las informaciones, del Procedimiento reporte de los procesos contractuales del HUS SECOP 02DE16. SOPORTE: Formato de socialización.</p> <p>3. Crear formato informe trimestral publicación. SOPORTE: Formato Informe</p>	1er trimestre de 2021 2do trimestre de 2021 3er trimestre de 2021	<p>Contratos y documentos asociados publicados dentro de los términos en las etapas precontractual y contractual / total de contratos.</p> <p>Numero de personas socializadas/ Numero de personas a socializar* 100.</p> <p>Un Formato informe</p>	Jefe oficina Asesora Jurídica
				<p>1. Hacer revisión y ajuste a la matriz de legalidad. SOPORTE: Acta de revisión y ajuste</p>	1er trimestre de 2021	Jefe oficina Asesora Jurídica, Dirección Administrativa	

No	HALLAZGO	ÁREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN PROGRAMADO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
6	<p>HALLAZGO</p> <p>cuadro que está en el informe el total de los 1083 contratos relacionados, tan sólo seis cumplen el lleno de los requisitos legales en el aplicativo SIA OBSERVA. Así mismo, se evidenció que 12 contratos relacionados a continuación aparecen en la matriz de legalidad y no en la contratación, lo que permitió ver que se inició con la diligencia del contrato y no se completó ni se eliminó.</p> <p>Por lo anterior expuesto, se deja observación</p> <p>Criterio: Resolución No. 0097 de 23 de enero de 2016, Art.10 formales e instructivos.</p> <p>Causa: Inadecuado seguimiento, control y supervisión en la rendición de cuentas al momento de realizar el reporte de la información.</p> <p>Efecto: Debilidad en la calidad de la información reportada a través de los aplicativos SIA CONTRALORIAS y SIA OBSERVA.</p> <p>Página: 136- 137</p>	Dirección Administrativa	Reporte información SIA, observa conforme a los parámetros exigidos	2. Crear formato Informe trimestral publicación. SOPORTE: Formato Informe	1er trimestre de 2021	Contratos publicados en el SIA OBSERVA con el lleno de los requisitos legales / total de contratados.	Jefe oficina Asesora Jurídica, Dirección Administrativa
7	<p>EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p> <p>Control débil</p> <p>Condición: La entidad auditada para su calificación como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento; por lo anterior expuesto la comisión auditora deja esta observación.</p> <p>Criterio la Ley 187 de 1993 'Normas para el ejercicio de Control Interno' y la Ley 173 de 2015 Art. 133 Modelo Integrado de planeación y gestión.</p> <p>"Causa: Debilidad en la revisión y seguimiento a los responsables de los procesos.</p> <p>"Efecto: se incrementa la posibilidad de no tomar decisiones y acciones en la mejora continua de las actividades"</p> <p>Pág., 145</p>	<p>Dirección</p> <p>HRZ,</p> <p>Dirección</p> <p>Dirección</p> <p>Dirección</p> <p>Administrativa</p> <p>Financiera, Dirección Atención al Usuario, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, Jefe oficina Asesora Jurídica, Jefe Oficina Asesora de Control Interno, Coordinador UFZ</p>	<p>Fortalecer el monitoreo, la evaluación y el seguimiento a los controles de los procesos de la E.S.E.: Hospital Universitario de la Samaritana.</p>	<p>1. Publicación oportuna de la matrices de riesgos Institucional y por procesos en el Sistema Integral de calidad ALMERA, vigencia 2021.</p> <p>2. Informe trimestral de la ejecución de las actividades del programa de Gestión y Administración del riesgo, que incluya el seguimiento, monitoreo y revisión de la efectividad de los controles.</p> <p>3.Elaboración de Plan de mejoramiento para la vigencia 2021, que alienta las recomendaciones realizadas por la oficina de Control Interno en la Auditoría de "Seguimiento a Riesgos y controles vigencia 2020"</p> <p>4. ELABORACIÓN de Informe de manera trimestral del Director HRZ, coordinador UFZ, subdirectores, líderes de proyecto y líderes de proceso sobre el monitoreo, evaluación y seguimiento a los controles diseñados en las matrices de riesgos por proceso (de acuerdo a cronograma definido por cada Dirección). SOPORTE: Informe trimestral de monitoreo, evaluación y seguimiento a los controles identificados en las matrices de riesgo por proceso (de acuerdo a la estructura definida por la Dirección) radicado en Gerencia, Control Interno y Planeación y garantía de la calidad.</p>	<p>Enero a Febrero de 2021</p> <p>enero a diciembre de 2021</p> <p>Primer semestre de 2021</p> <p>enero a diciembre de 2021</p>	<p>Alcanzar una calificación de 86 puntos en el diseño de los controles que permita tener una ejecución moderada del control.</p> <p>Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</p> <p>Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</p>	<p>Oficina Asesora de Planeación Directores y líderes los procesos.</p> <p>Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</p> <p>Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</p>
				5. Realización de los comités de Institucionales de gestión y desempeño en el que incluya la revisión de la matriz de riesgos institucional SOPORTE: Actas del Comité	20 de marzo a 22 de diciembre de 2021	Actas de reuniones realizadas / Actas de reuniones programadas	<p>Dirección Científica, Dirección Administrativa</p> <p>Dirección Financiera, Dirección Atención al Usuario</p> <p>Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, Jefe oficina Asesora Jurídica, Jefe Oficina Asesora de Control Interno.</p>
				1. Generar planes de mejoramiento a las recomendaciones, hallazgos y/o observaciones identificados en los informes de las auditorías de Control Interno. SOPORTE: Planes de mejoramiento generados de las recomendaciones, hallazgos y/o observaciones.	4 de enero a 15 de diciembre de 2021	Numero de recomendaciones, hallazgos y/o observaciones identificados en los informes del control interno con planes de	<p>Director HRZ, Directores, Subdirectores, líderes proyecto, líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>

No	HALLAZGO	ÁREA/CICLO/PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCIÓN PROGRAMADO	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
8	<p>PLAN DE AUDITORIAS</p> <p>Condición: en la información allegada manifiesta la oficina de control interno, que los resultados ya fueron presentados a la oficina correspondientes y se les dio a conocer que en algunas no se están adelantando los planes de mejoramiento, de todas maneras, se evidencia que no hay un seguimiento adecuado que permita dar mejores resultados, el grupo auditor deja observaciones para que se adelante seguimiento a los planes de auditorias establecidos, por el área encargada.</p> <p>Criterio: Ley 87 de 1993 "Normas para el ejercicio del control interno" y Ley 173 Modelo integrado de Planeación y Gestión"</p> <p>Causa: Deficientes procesos de auto control y auto gestión en la E.S.E.</p> <p>Efecto: Bajo seguimiento en el mejoramiento de los planes de auditorias internas del Hospital de la Samaritana</p> <p>Pág., 144-146</p>	<p>Dirección Administrativa - Dirección Financiera - Dirección de Atención al Usuario - Dirección Científica - Oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad - Oficina Asesora Jurídica - Oficina asesora Jurídica /Direccionamiento Estratégico - Todos los procesos de la E.S.E.</p>	<p>Fortalecer el cumplimiento del procedimiento de formulación, seguimiento y cierre de plan único de mejora por procesos. Según el procedimiento la elaboración corresponde a los líderes de los procesos, y el seguimiento a la oficina de planeación.</p>	<p>2. Informe trimestral radicados la Gerencia y a los Directores, de las acciones de mejora desarrolladas y documentadas Vs hallazgos y/o observaciones de los Informes de Control Interno de acuerdo a las directrices emanadas por la Gerencia y las Direcciones.</p> <p>SOPORTE: Informes trimestrales del desarrollo de las acciones de mejora ejecutadas trimestralmente mensual</p> <p>3. Verificar cada 3 meses la publicación de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por control interno.</p> <p>SOPORTE: informe de gestión de la Oficina de Control Interno radicado en gerencia.</p> <p>4. Informar a la Gerencia y la oficina de planeación y calidad cada 3 meses el avance del cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno.</p> <p>SOPORTE: Informes de Gestión de los líderes de los procesos e informe de la Oficina Asesora de Planeación.</p> <p>5. Consolidar cada tres meses la información correspondiente al avance del cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno.</p> <p>SOPORTE: Informe radicado en Gerencia y seguimiento realizado en ALMERA.</p>	<p>08 de febrero a 15 de diciembre de 2021</p> <p>31 de diciembre de 2020</p> <p>31 de diciembre de 2020</p> <p>Marzo a Diciembre de 2021</p>	<p>mejoramiento en Almera / numero total de recomendaciones, hallazgos y/o observaciones identificados en los informes del control interno que requieren plan de mejoramiento</p> <p>Numero de informes radicados/numero total de informes a ser radicados en la Gerencia</p> <p>Porcentaje de avance de cumplimiento de los planes de mejoramiento.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyectos líderes de procesos, coordinador UFZ.</p> <p>Jefe de oficina de Control Interno</p> <p>Jefe de oficina de Control Interno - Jefe Oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad - Jefe Oficina Asesora Jurídica - Director Administrativo Director Financiero - Director de Atención al Usuario Director Científico / Todos los líderes de procesos de la E.S.E.</p> <p>Jefe Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad</p>


 EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
 REPRESENTANTE LEGAL


 YETICA HERNANDEZ ARIZA
 JEFE DE CONTROL INTERNO