



Bogotá, 5 de enero de 2022

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

Contraloría de Cundinamarca



CE-22-000033

Radicado: CE-22-000033
06/01/2022 09:58:46 a. m.Samaritana
Informe Anual Plan de Mejoramiento ESE

Ref.: INFORME ANUAL PLAN DE MEJORAMIENTO, AUDITORIA VIGENCIA 2019

Cordial saludo.

Conforme a lo establecido en la Resolución No. 278 de mayo de 2021 y las instrucciones recibidas en la socialización de la Resolución, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se adjunta el informe anual junto con la evidencia de cumplimiento del Plan de mejoramiento correspondiente informe de Auditoría Gubernamental con enfoque integral modalidad integral, practicada por la Contraloría de Cundinamarca, vigencia fiscal 2019, aprobado por el Ente de Control con radicado C20105300503 con fecha de 28 diciembre de 2020, en el formato Plan de Mejoramiento código: PM01-PR11-F02- VERSIÓN: 2.0.

Por lo cual se permite precisar que en la reproducción del Plan de mejoramiento aprobado al formato de la Resolución No. 278 de 2021 no contiene METAS¹ y los INDICADORES DE CUMPLIMIENTO establecidos en el Plan de mejoramiento aprobado corresponden al cumplimiento de la(s) actividad(es) descrita(s) y establecida(s) en observancia a la ESTRATEGIA² generada(s) por el área /ciclo /procesos responsable para subsanar el hallazgo.

En cuanto a la EFECTIVIDAD, Conforme se establece en el Acto Administrativo, de manera cualitativa es la implementación de las acciones desarrolladas por la E.S.E.

Con lo anterior, el informe Anual del Plan de Mejoramiento producto de la Auditoría Gubernamental con enfoque integral modalidad integral, practicada por la Contraloría de Cundinamarca, vigencia fiscal 2019, la oficina Asesora de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana realizó una verificación de cumplimiento y la efectividad (cualitativa) de cada una de las acciones de mejora, registra los siguientes indicadores:

4

¹ META, se deriva de un objetivo, tiene la misma intención que un objetivo, pero es más específico, cuantificable y verificable que un objetivo (Objetivos de la calidad según ISO 9001: 2015)

² Las ESTRATEGIAS son los medios para lograr un objetivo, y un objetivo es adonde se quiere llegar. (Objetivos de calidad según ISO 9001:2015)



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"



RESULTADO EVALUACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO			
VARIABLES A EVALUAR	Calificación Parcial	Ponderación	Puntaje Atribuido
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	96,8	0,20	19,4
Efectividad de las acciones	98,4	0,80	78,7
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO		1,00	98,06
Concepto a emitir cumplimiento Plan de Mejoramiento		Cumple	
80 o más puntos	Cumple		
Menos de 80 puntos	No Cumple		

Nota: se adjuntan 22 folios y 1 CD

Atentamente,



EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
Gerente

Proyecto: María Clara M.
Elaboró: Carmen E.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"



PLAN DE MEJORAMIENTO

CÓDIGO: PM01-PR11-F02

VERSIÓN: 2.0

IMPORTANTE: La evaluación se realizará en las oficinas de control interno o en la dependencia o cargo que haga sus veces, verificando los informes y registros del seguimiento llevado a cabo por estas oficinas de acuerdo a la normatividad vigente. Lo anterior sin perjuicio, de que la Contraloría de Cundinamarca, realice evaluación a planes de mejoramiento cuando lo consideren pertinente (Ver GAT, numeral 1.3.2.5 Plan de mejoramiento y seguimiento)

Cumple	2
Cumple parcialmente	1
Total	98,1
	98,39

Entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARTANA

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		1. Generar semestralmente un Comprobante automático de deterioro de cartera en DGH. SOPORTE: Comprobante Deterioro de Cartera	No. de Comprobantes de deterioro generados / Total de Comprobantes a Generar del deterioro la vigencia * 100	Junio de 2021 y Diciembre de 2021	Junio de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Cesión financiera)	Subdirector Contabilidad	2	2	CERRADA	Yelica Hernández Aiza	A JUNIO DE 2021 A junio 15 de 2021 se realizó comprobante contable No. 4 deterioro de cartera No. 3. INDICADOR: Numero de comprobantes con deterioro generado 1 / total de comprobantes a generar 2 = 50% CUMPLIMIENTO 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Con corte a agosto 31 de 2021, en el mes de septiembre se realizó el calculo de deterioro con saldos de cartera. INDICADOR: Numero de comprobantes con deterioro generado 2 / total de comprobantes a generar 2 = 100% CUMPLIMIENTO 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		2. Cuatrimestralmente Depurar tercetos procedentes de la Cuenta contable 1385 de Difical recaudo, previo análisis y soportes del Área de cartera, con una disminución del 20% de la cuenta 1385 de la cuenta 1385 Difical recaudo.	No. de fichas técnicas verificadas y ajustadas por el Comité de Cartera, que soportan la disminución del 20% de la cuenta 1385 Difical recaudo.	abril a diciembre de 2021	abril de 2021	Diciembre de 2021		Subdirector de Mercado y contratación de servicios de salud - Subdirector de Contabilidad	2	2	CERRADA	Yelica Hernández Aiza	A JUNIO DE 2021 Con acta del comité de cartera realizado el 28 de diciembre de 2020 se presenta el informe de la conciliación judicial (01-12-2020) del FONDO FINANCIERO DISTRITAL, presentado el 10-12-2021 al Comité de Conciliaciones y Defensa Judicial, en donde por unanimidad se concluye que ante la imposibilidad de adelantar acción judicial alguna en contra del FONDO FINANCIERO DISTRITAL, el presente tema sea analizado por el Comité de sostenibilidad Financiera con el fin de determinar si es viable realizar castigo a las cuentas adeudadas y se expide la Resolución No. 121 de marzo de 2021 por la cual se ordena la calificación de la deuda por ser de difical recaudo. Con fecha del Comité de Sostenibilidad contable de fecha 11 de junio de 2021 se depura la cuenta 13850910 del FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD generándose la Resolución No. 281 de junio de 2021. Por la cual se ordena el castigo de cartera de difical recaudo de la entidad Fondo Financiero Distrital de salud NIT 800246953 a favor de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samartana. En su artículo primero se ordena el castigo y ajuste por valor de \$1.375.427.469. INDICADOR: A diciembre de 2020 la cuenta 1385 registró un saldo de \$3.700.809.826. Indicador 5,60% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	Cumplimiento	Efectividad	Estado de la Acción (Cerrada-C / Abierta-A)	Dirección Técnica Responsable	Observación
													<p>A DICIEMBRE DE 2021 EPS CAFESALUD EN LIQUIDACIÓN: cartera de difícil cobro por valor de \$7.035.401.254; con Resoluciones No. 599 "se ordena la calificación de la deuda" y No. 591 "la depuración de valores", ambas de noviembre de 2021, ficha técnica y acta No. 005 de noviembre de 2021, del Comité de sostenibilidad. Contrata se presentó y aprobó la ficha técnica de depuración por valor de \$3.796.130.033, el restante fue aprobado por la EPS. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA INDICADOR: De la cuenta 1385 saldo a 7 de diciembre de 2021 \$16.774.178.254 / \$23.700.809.626. = 70,8% por depurar, por lo tanto, 100% - 70,8% = 29,19% depurado en la vigencia 2021.</p>
													<p>A JUNIO DE 2021 Se han realizado para el primer cuatrimestre de 2021, a) ASHET SALUD, ENSAMAR, b) COOSALUD, ALIANZA MEDELLIN, ANALISIS TECNICOS LTDA; c) ADRES, CONSORCIO SAYP; d) ECOOPSOS, SEGUROS DEL ESTADO d) Del ejecutivo CONVIDA se vienen realizando actividades de conciliación. INDICADOR: Numero de acta de conciliación realizadas 9 / numero total de actas 30*100 = 30% CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 En el segundo y tercer cuatrimestre de 2021 se realizaron conciliaciones de ECOOPSOS EPS, SEGUROS DEL ESTADO (2), CONSORCIO SYAP ADMINISTRADORA DE RECURSOS DEL SGSSS - ADRES (2), ENSAMAR SAS, ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASHET SALUD (2), ALIANZA MEDELLIN ANTOQUIA EPS SAS (2), COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL SUR ORIENTAL DE CARTAGENA COOSALUD ESS, ANALISIS TECNICOS LTDA, CONFAMILAR HUILA (2), EMCOOSALUD, SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y REGIMEN SUBSIDIADO (2), COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (2), ECOOPSOS, SANITAS EPS, COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS, EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL META, NUEVA EPS, FIDUCIARA LA PREVISORA S.A., CAJACOI ATLANTICO, MEDIMAS EPS, FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, MALLAWAS EPS INDIGENA CAPRESCCA EPS, COMPENSAR CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CCFCA COOMEVA EPS, CLINICA ENCOOSALUD S.A. SECTETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE, META Y SANTANDER. INDICADOR: Numero de acta de conciliación realizadas 9-37 / numero total de actas 30*100 = 153% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</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)	Numero de Actas de conciliación realizadas / Numero total de actas de conciliación a ejecutar * 100	abril a diciembre de 2021	abril de 2021	Diciembre de 2021		Subdirector de Mercado y contratación de servicios de salud - Subdirector de Contabilidad	2	2	CERRADA	Yelica Hernández Atza	

2022

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha Inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		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	No. de Notificaciones o Derechos de petición enviados a las empresas / total de entidades con obligaciones de pago.	Marzo a diciembre de 2021	Marzo de 2021	Diciembre de 2021		Director Financiero - Subdirector de Mercado y contratación de servicios de salud (centra) - Subdirector de Contabilidad	2	2	CERRADA	Yelica Hernández Aiza	<p>A. JUNIO DE 2021</p> <p>Se han realizado, vía correo electrónico, sesenta y seis notificaciones de saldos a Secretarías de Salud, Gobernaciones, E.S.E., Aseguradoras, Fundaciones, CONVIDA, MALLAMAS, MEDIMAS, ECOOPSOS, CAPRESOCA, CAPITAL SALUD, Medicina Prepagada SURA, entre otras.</p> <p>El total de las entidades con obligaciones de pago es de 172, de las cuales 10 representan el 75% de la cartera que adeudan a la E.S.E.</p> <p>INDICADOR : Numero de notificaciones 66 / total de entidades con obligaciones de pago 172 = 39% CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A. DICIEMBRE DE 2021</p> <p>Vía correo electrónico se han realizado NOTIFICACIONES DE SALDOS a SEGUROS DEL ESTADO, ALIANZA MEDLUN ANTIOQUIA EPS, SAS, ANALISIS TECNICOS LTDA, CONFAMILAR HUILA, EMCOSSALUD, SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y REGIMEN SUBSIDIADO, COOSALUD ESS ECOOPSOS, COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS, EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL META, FIDUCIARA LA PREVISORA S.A., MEDIMAS EPS, CAPRESOCA EPS, COOMEVA EPS, CLINICA EMCOSSALUD S.A., SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VALLE, META, GUAVIARE, CESAR, MUNICIPIO DE MEDLUNPUTUMAYO Y SANTANDER, LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, AXA COLPATRIA SA LIBERTY SEGUROS ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA SEGUROS BOLIVAR SA, RIESGOS PROFESIONALES COLMEVA SA, COLMEVA SEGUROS DE VIDA, MAFRE SEGUROS GENERALES COI SA, EQUIDAD SEGUROS GENERALES, UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE, FIAOS SALUD EPS INDIGENA, UNION TEMPORAL SALUD SUR 2, GOBERNACIONES -SECRETARIA DE SALUD DE VALLE DEL CAUCA, BOYACA, CORDOBA, CAUCA, GUAJIRA, ATLANTICO, ANTIOQUIA, RISARALDA, VAUPES, COMFACHOCO, INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, ARAUCA, BOLIVAR Y SUCRE, HOSPITALES: SAN RAFAEL DE PACHO (2), SAN VICENTE -REMOCÓN, SAN ANTONIO - CHIA, SAN ANTONIO -GUATAVITA, DIVINO SALVADOR -SOFO, MARIA AUXILIADORA -MOSQUERA, SAN MARTIN DE PORRES - CHOCONTA, NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN -EL COLEGIO, DIVINO SALVADOR - UBATE, CAJACÓPI EPS, SENA, FUNDACIÓN ANTAPE DE BOGOTÁ, COLOMBIANA DE SALUD S.A., COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA, CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO, ASOCIACIÓN CABILDOS INDIGENAS DEL CESAR Y GUIRA -DUSAKAWI EPS,S, ALCALDIA DE COGUA, ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANGUILLA, FONDO PASIVO DE FERROCARRILES DE COLOMBIA, COMPENSAR EPS, CONFENALCO VALLE DEL CAUCA, COMFASUCRE, MEDICOS ASOCIADOS SA, DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR, CAJA COMPENSACION FAMILIAR GUAJIRA, ENTRE OTRAS.</p> <p>INDICADOR: Numero de acta de conciliación realizadas (66-69)/ total entidades con obligaciones 172 *100 = 90% CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

100

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución programado (Meses)	Fecha Inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		5 (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 cargo de ordenes de servicio.	Actas de reuniones de trabajo	febrero a diciembre 2021	enero de 2021	Diciembre 2021	de Dirección Financiera (Gestión financiera)	Líder de proyecto de Facturación	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 Se vienen realizando actas de reuniones para el primer bimestre con: Fisiología, laboratorio, cardiología, neurología, radiología, gastroenterología, ginecología (plan caquero), farmacia, para el segundo bimestre se han realizado con Ginecología, Fisiología, Farmacia, además de reuniones para la información del aplicativo, la redefuración y cartera. INDICADOR: once (11) actas de reuniones con áreas que intervienen en el cargo de ordenes de servicio CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Se realizaron reuniones con Oficina de cuentas medicas (4), servicio farmacéutico, servicio farmacéutico de urgencias, laboratorio clínico, osteosinestésis, osteosinestésis de cadera, cuidados paliativos, radiología, facturación, Fisiología, sistemas, dirección científica, Urología, laboratorio, banco de sangre, radiología, cardiología. INDICADOR: once (11-20) = 31 actas de reuniones con áreas que intervienen en el cargo de ordenes de servicio. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		6 (2). Cargar al 100% las ordenes de servicio en el aplicativo DGH (priorizar laboratorio radiología) SOPORTE: informa	Ordenes de servicios y cargadas/ ordenes servicio *100	de enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021		Dirección científica - Procesos misionales	1	2	CERRADA	Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 En imágenes diagnósticas en los meses de enero a mayo de 2021 las ordenes generadas son 31,399 y ordenes cargadas 30902, lo que indica que el 98.4% de las ordenes son cargadas. En laboratorio clínico son solicitados a través de DGH 166,184 y cargados en labcore 142,263, lo que indica que el 85.61% son cargadas, el 14.4% de ordenes no cargadas corresponden a causas indirectas como: solicitudes generadas desde los servicios ambulatorios y exámenes de laboratorio para control post-egreso y que los usuarios asistían para toma de los mismos y/o autorización a sus correspondientes EPS. INDICADOR: Ordenes de servicios cargadas 173,165 / ordenes de servicios generadas 197,583 = 87.64% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Se evidencia con informes de julio a noviembre de 2021 lo siguiente: laboratorio clínico realizó 191071 exámenes en laboratorio clínico y solicitados en DGH 228,031 con indicador de 83.4% de lo solicitado y no cargado en LABCORE registra como causas: solicitudes generadas desde servicios ambulatorios y exámenes de control de egreso, y que los usuarios los realizan con su correspondiente EPS. De imágenes diagnósticas se generaron en DGH 32,124 y cargadas 31,458 con indicador de 98% cargadas, lo no cargado obedece a cancelación por condición clínica, salida del paciente y otros. INDICADOR: Ordenes de servicios cargadas 173,165 + 222,527 / ordenes de servicios generadas 197,583+261,165 = 85,21% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA

OPINION DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

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, prescritas 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 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

Handwritten signature or mark.

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha Inicial de la Acción	Fecha de terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	<p>SISTEMA DOCUMENTAL CONTABLE</p> <p>Cause: 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 falta 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. Efecto: Opinión con salvedades sobre la razonabilidad de los saldos de los estados financieros. Página 10 a la 38</p>	<p>7 (3). Verificar diariamente el cargo del 100% de las ordenes de servicios de los egresos. SOPORTE: Informe Mensual</p>	Informe mensual del cumplimiento de la actividad.	enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021		Líder de proyecto de Facturación	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>Se realizó informe del primer trimestre, en Abril de 2021, priorizando laboratorios y radiología en el informe muestra un indicador a marzo 31 de 2021 indicando que el 99.8% de las ordenes son cargadas.</p> <p>INDICADOR: Numero de orden cargadas 134119/ numero total de ordenes 134.369 = 99.8%</p> <p>CUMPLIMIENTO: 1</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021</p> <p>Se verificaron mensualmente las ordenes de servicio priorizando laboratorio y radiología con los siguientes indicadores mensuales de confirmación de ordenes de servicios así: Mayo el 100%, Junio el 100%, julio 87%, agosto 87.0%, septiembre 87.0%, octubre 87.0%, noviembre 88.0% y diciembre 88.0%. Total de ordenes 799,071</p> <p>INDICADOR: 12 informes mensuales con el cargo mensual promedio del 93.5%</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
			Informe mensual del cumplimiento de la actividad.	enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021		Líder de proyecto de Facturación	2	1	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>En el mismo informe del cargo de las ordenes de servicio, presentado en el mes de abril de 2021, que corresponde al primer trimestre de 2021, la líder de proyecto de Facturación informa que a través del sistema DCH diariamente se identifican las ordenes de servicios pendientes por confirmar, enseguida se procede a verificar en el aplicativo RIS, los exámenes que ya fueron realizados y cuentan con resultados, el cargo de estancia se realiza a diario.</p> <p>INDICADOR: Tres</p> <p>CUMPLIMIENTO: 1</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021</p> <p>La líder del proyecto de facturación de los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2021 certifica que por lo menos el 30% de las ordenes de servicio se cargan y verifican.</p> <p>INDICADOR: Informe mensual de cumplimiento de la actividad 11</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
		<p>9 (5). Realizar trimestralmente cruces de información de las ordenes de servicio procedente del modulo de facturación que llegan al modulo de contabilidad realizando los documentos de ajustes necesarios. SOPORTE: Actas de conciliación mensual</p>	Actas de conciliación entre facturación y contabilidad	abril a diciembre de 2021	Abril de 2021	Diciembre 2021		Líder de proyecto de Facturación	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>En abril de 2021 se realizó cruce la los saldos del modulo de facturación y el modulo de contabilidad en donde se refleja el cargo y revisión de todos los servicios prestados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samantlana.</p> <p>INDICADOR: Una Acta</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021</p> <p>En el mes de junio (07) y octubre (25) de 2021 se realizaron cruces de ordenes de servicios con corte a mayo 31 y septiembre 30 de 2021, entre los modulos de facturación y modulo de contabilidad de DGH.</p> <p>INDICADOR: tres (3) Actas</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

Yelica

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		10 (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 órdenes 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	Valor de la glosa que corresponde a la vigencia 2021 versus el valor de la facturación radicada de la misma vigencia 2021	Febrero a diciembre de 2021	febrero de 2021	Diciembre de 2021		Subdirector de mercadeo y ventas de servicios de salud - Líder de proyecto Facturación - Subdirector de Sistemas	2	2	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021 En el primer cuatrimestre con la asistencia de ciento treinta y dos (132) servidores públicos se realizaron las siguientes capacitaciones: a). auxiliares de Facturación y analistas de radiología y laboratorio, a ventidos servidores públicos el 23-02-2021; b) analistas coordinadores, autorizaciones, auditores de facturación de las áreas de UCI y otras a cuarenta y siete servidores públicos el 24-03-2021; c) analistas, auxiliares de facturación de hospitalización y salas de cirugía, a cuarenta y siete servidores públicos el 30-03-2021; d) autorizaciones, Auditor, coordinador, Administrador de Urgencias con asistencia de dieciséis servidores públicos el 13-04-2021. VER INDICADOR: Valor de la glosa aceptada que corresponde a la vigencia 2021 (enero- abril de 2021) 54.510.377 / valor de la facturación radicada de la misma vigencia 2021 (enero- abril 2021) 43.353.779.244 *100 = 0.126% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Se han realizado capacitaciones a los servidores públicos de facturación así: 30 de marzo Facturación N extranjera (47), 14 de julio Hemodinamia (33), 03 de agosto Glosas (45), 24-25 de agosto RIPS (8), 11 de agosto Hallazgos quirúrgicos (2), 27 de agosto RIPS (8), 02 septiembre autorización paquetes quirúrgicos (11), 30 de noviembre reafacturación medicamentos (8), 02 de diciembre RIPS (8), 03 de diciembre reafacturación insumos y medicamentos (4), 21 de diciembre, UFZ ingresos abiertos (3) Facturadores capacitados en diferentes temas: 187 VER INDICADOR: Valor de la glosa aceptada que corresponde a la vigencia 2021 (III trimestre de 2021) 598.197.057 / valor de la facturación radicada de la misma vigencia 2021 (III Trimestre 2021) 155.641.533,199*100 = 0.384% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
		11 (1). Mensualmente realizar Conciliación del Módulo de Contabilidad Vs. Módulo de Activos Fijos consolidado Bogotá, HRZ y UFZ SOPORTE Actas de Conciliación	(Conciliaciones realizadas en el año / Total conciliaciones a realizar en la vigencia 2021*100.	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Líder de proyecto de Almacén Subdirector Contabilidad	2	2	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021 Con los estados financieros de la subcuenta 16, se realizan mensualmente las conciliaciones de los módulos de Contabilidad vs. Módulo de activos fijos en las siguientes fechas el 08-01-2021 la del mes de diciembre de 2021; el 05-02-2021 del mes de enero; 04-03-2021 de febrero; el 03-04-2021 del mes de marzo; 07-05-2021 del mes de abril; 03-06-2021 de mayo. INDICADOR: se han realizado 6 conciliaciones de 12 en la vigencia 2021 = 50.0% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 De la cuenta de activos fijos se han realizado conciliaciones mensuales de los meses de junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre de 2021 INDICADOR: se han realizado 12 actas de conciliación de 12 en la vigencia 2021 = 12/12 = 100.0% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

3022

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C / Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		12 (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), ingresados consolidado Bogotá, HRZ y UFZ. SOPORTE Formato Consolidado de Activos Fijos Nuevos	Numero de Formatos Consolidados de Activos Fijos Nuevos por cualquier modalidad /12*100	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	de	Líder de Almacén	2	2	CERRADA	Yelica Añza	A JUNIO DE 2021 Mes a mes, dentro de los cinco primeros días del mes siguiente se viene generando el informe de ingresos mensuales de los activos fijos de la E.S.E. INDICADOR: número de formatos consolidados de activos fijos nuevos 5 / 12*100 = 41.67% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Mensualmente se viene generando el formato consolidado de ingresos (959547-VI) para los meses de mayo (38 AF), junio (39 AF), julio (97AF), Agosto (14AF), septiembre (187 AF), octubre (1507 AF tangibles e intangibles). INDICADOR: número de formatos consolidados de activos fijos nuevos 11 / 12*100 = 91.67% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		13 (3). Realizar Inventarios Periódicos y No. De Inventarios aleatorios de activos fijos - con ajustes de novedades. SOPORTE Documento soporte de Inventarios realizados aleatoriamente	No. De Inventarios realizados durante el año. Según cronograma.	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	de	Líder de Almacén	2	2	CERRADA	Yelica Añza	A JUNIO DE 2021 Además de los inventarios realizados por cronograma (1 cada mes) se han realizado inventarios aleatorios a: subdirección urgencias, equipos médicos, urología, subdirección medicina interna, defensoría del usuario, control interno disciplinario, oficina mantenimiento, en los que correspondía se realiza el informe de novedades. INDICADOR: No. de inventarios aleatorios realizados durante el período enero a junio de 2021 = 7, número de inventarios según cronograma 6 CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Se continúan realizando inventarios periódicos y aleatorios en el semestre se han realizado a: oficina de medicina interna, cardiología, estadística 1 y 2, Farmacia central, Jefatura de enfermería, Almacén general, oficina de tesorería y cuentas, oficina de terapia, Revisoría fiscal. INDICADOR: No. de inventarios aleatorios realizados durante vigencia 2021 = 17 CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		14 (1). Entregar Cuatrimestralmente el Reporte Numero de Actividades para cada Distribución del modulo DGH (7 Usarroladas en el SOPORTE: Reportes generados DGH (de actividades del modulo-100 (Estimación de costos)	Numero de Actividades del modulo numero total de 2021	abril a diciembre de 2021	abril de 2021	Diciembre 2021	de	Director Financiero (costos)	2	2	CERRADA	Yelica Añza	A JUNIO DE 2021 Se realizó en el mes de abril (30) de 2021 el seguimiento a la acción de mejora, en que se evidencia que los procesos son: Distribución intermedia, distribución gastos directos, distribución secundaria, distribución de lenceros, distribución mano de obra, distribución de activos y estimar costos; en el informe de costos del cuatrimestre indica que se ha avanzado en la actualización de los procesos de Distribución de lenceros, distribución de mano de obra, distribución de activos fijos. INDICADOR: número de procesos con avance 3/ número total de procesos 7 = 43% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Se han generado informes del II y III Cuatrimestre de 2021, en el II cuatrimestre el indicador es de 57% y en el III el indicador es como sigue: INDICADOR III Cuatrimestre 2021: número de procesos con avance 5/ número total de procesos 7 = 71.43% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA

Yelica

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		15 (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 Mercado	Informes de costo de Productos Priorizados/total de Informes de costos en la vigencia*100	abril a diciembre de 2021	Abril de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Director Financiero (costos)	2	1	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A JUNIO DE 2021 Se presentan actas e informes de costeos en las que han participado los subdirectores de Contabilidad y Mercado y contratación de servicios de salud, de los paquetes de banco de sangre, donación de órganos, ginecología, laboratorio clínico neurociencia, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, plan canguro, radiología y vascular como productos priorizados (laboratorio clínico, radiología, cardiología, hemodilíasis, cirugía general, clínica del dolor, otorrinolaringología, ginecología, plan canguro, neurocirugía, cirugía plástica, oftalmología, vascular periférico, hemodinamia, paquete cadera, urología).</p> <p>INDICADOR: Informes de costeo productos priorizados 11 / Total de costo en la vigencia 21 = 52,4% CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021 En los meses de julio y noviembre de 2021 se realizaron reuniones para dar cumplimiento a esta actividad y a lo establecido en la Resolución 186 de 2020. Como resultado se priorizan los exámenes de laboratorio clínico</p> <p>INDICADOR: Informes de costeo productos priorizados 4/ Total de informe de costo en la vigencia 4 = 100% CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
		1. Revisar los procedimientos del proceso de gestión financiera para determinar si ameritan alguna actualización o cambio SOPORTE: Acta de revisión y Seguimiento con la oficina asesora de Planeación	(1) Un Acta de Seguimiento con Planeación	Diciembre de 2021		Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Director Financiero - Jefe oficina asesora de Planeación y garantía de la calidad	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A JUNIO DE 2021 La revisión de los procedimientos se realizó por parte de la Subdirección de Contabilidad y trabajador en Misión que realiza actividades en Planeación y Garantía de la Calidad, se evidencia en acta No. 39 del 31 de mayo de 2021.</p> <p>INDICADOR: Un Acta CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
		2. Actualizar la Resolución de Facturación cuando sea pertinente SOPORTE: Documento que evidencia actualización Facturación Electrónica actualizada.	Una Resolución o Documento de Facturación Electrónica	Diciembre de 2021		Diciembre 2021	Dirección Financiera Subdirector Contabilidad - Líder de proyecto Facturación		2	2	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A DICIEMBRE DE 2021 Conforme la normatividad, expuesta en materia de facturación, la DIAN con fecha agosto 06 de 2021, expidió Autorización numeración de facturación para INDICADOR: tres Autorizaciones numeración facturación DIAN CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
		3. Revisar el Procedimiento 02GBS11 - BAJA DE ACTIVOS FIJOS SOPORTE: Acta Revisión del Procedimiento baja de activos fijos 02GBS11 con planeación para determinar si es necesario la actualización.	Un Procedimiento baja de activos fijos revisado	Septiembre de 2021		Septiembre 2021	Dirección Administrativa (Gestión de bienes y servicios)	Líder de proyecto de almacén	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A JUNIO DE 2021 El procedimiento 02GBS11-V4, baja de activos fijos se revisó, actualizó y fue aprobado con fecha 01-03-2021.</p> <p>INDICADOR: Un procedimiento CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
		4. (1). Actualización del formato en donde se realizan las conciliaciones bancarias	Un Documento actualizado	Junio de 2021		Junio de 2021		Líder de proyecto Tesorería - Subdirector Contabilidad - Oficina Asesora de Planeación y gestión de elaboración calidad.	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A JUNIO DE 2021 Se actualizó el formato de Conciliación Bancaria identificado con el código de documento 05GF12V2</p> <p>INDICADOR: Un documento. CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

YADU

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C / Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		5 (2). Seguimiento a las Conciliaciones Bancarias con paradas no mayores a 3 meses según lo establecido en el procedimiento. SOPORTE Documento SOPORTE de las Conciliaciones Bancarias realizadas	Conciliaciones realizadas / No total de Conciliaciones a realizar * 100	Mayo 2021 y Noviembre 2021	Mayo 2021	Noviembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Lider de proyecto Tesorería - Subdirector Contabilidad	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 Desde el área de Tesorería junto con la Subdirección de Contabilidad se están realizando las conciliaciones correspondientes y soportadas documentalmente de las que registran movimiento y son: de enero 22 conciliaciones, febrero 19 conciliaciones, marzo 17 conciliaciones, abril 17 conciliaciones INDICADOR: conciliaciones realizadas y soportadas 75 /numero total de conciliaciones 132 *100 = 56.81% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Desde la Dirección Financiera (tesorería y contabilidad) se vienen realizando mensualmente las conciliaciones bancarias, soportadas documentalmente, se soportan así: de mayo 14 conciliaciones de cuentas bancarias de BBVA y CAJA SOCIAL; de junio 12 conciliaciones de las cuentas de BBVA, BANCO DE OCCIDENTE, BANCO CAJA SOCIAL Y BANCO AGRARIO; en julio 11 conciliaciones de la cuentas de BBVA y BANCO CAJA SOCIAL; en el mes de agosto 9 conciliaciones de las cuentas de BBVA y BANCO CAJA SOCIAL; en septiembre 15 conciliaciones de las cuentas de BBVA, BANCO CAJA SOCIAL Y BANCO DE OCCIDENTE; en el mes de octubre conciliaciones de 16 cuentas de los bancos BBVA y BANCO CAJA SOCIAL; del mes de noviembre conciliaciones de seis cuentas de los bancos CAJA SOCIAL Y BBVA. INDICADOR: conciliaciones realizadas y soportadas 144 /numero total de conciliaciones 132 *100 = 100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		6. Realizar cuatrimestralmente seguimiento de N° de procesos a los la vigencias anteriores y la actual de los que se les ha realizado seguimiento de carácter a la Oficina Asesora Jurídica SOPORTE Actas de seguimiento	N° de procesos a los que se les ha realizado seguimiento / Total de procesos entregados * 100	abril a diciembre 2021	Abril de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera) Oficina Asesora Jurídica (Gestión Jurídica)	Director Financiero	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 Con acta No. 04 de 29 de abril de 2021 se realizó cruce de información de breña y tres (3) procesos jurídicos en curso. INDICADOR: Numero de procesos a los que se les ha realizado seguimiento 33 /total de procesos entregados 33 * 100 = 100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Con actas 07 y 08 de 31 de agosto y 30 de noviembre de 2021 se realizaron cruces de información reportada en la bases de datos entre las áreas de cartera y oficina Jurídica a cuentas de 27 y 28 procesos respectivamente. INDICADOR: Numero de procesos a los que se les ha realizado seguimiento 28-33 /total de procesos entregados 28-33 * 100 = 100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA

Yelica

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha Inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		7 (1). Realizar antes el cierre la revisión a la prefectura SOPORTE Informe de la revisión	Numero total de prefecturas revisadas/ total de facturas cerradas en el mes.	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Lider de proyecto de Facturación	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A. JUNIO DE 2021 Se ejecuto Revisión primer trimestre 2021 del informe en dos tiempos así : a) se realiza sobre la prefectura, una vez finalizado el ingreso abierto se procede a la corrección de falencias encontradas y se genera cierre de la factura, con base en un muestreo aleatorio de los ingresos pertenecientes a los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa, que para el servicio de hospitalización corresponde al 1.380 facturas el 42.29% de la muestra, por valor de \$17.035.707.839, el 95.47% del valor de las facturas, como resultado de la revisión se generaron acciones correctivas a las observaciones de mayor prevalencia. INDICADOR: numero total de prefecturas revisadas 1380 total de facturas 3263 = 42.29% CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 De la revisión a junio de 2021 por valor se facturo \$25,735,755,295 y se reviso el 85,5% y por numero de facturas se generaron 13,619 y revisaron el 81,8%. De la revisión realizada con corte a septiembre 30 de 2021 se evidencio lo siguiente: -Por valor de la factura en el trimestre el valor de las ventas de servicios fue de \$31,426,375,776 y se reviso un valor de \$25,827,833,003, lo que corresponde al 82,19%. -El numero de facturas generadas fue de 15,195 y el numero de facturas revisadas es de 10,778, dando como indicador el 70,93%. INDICADOR: numero total de prefecturas revisadas en julio, agosto y septiembre de 2021 10,778 total de facturas de julio, agosto y septiembre de 2021 15,195 = 70,93% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		8 (2). Mantener la Radicación de la facturación por encima del 90% de la Facturación SOPORTE Informe trimestral de Radicación.	Valor Facturación radicada del mes anterior / total Facturación mensual del mes anterior.	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Lider de proyecto de Facturación	1	2	ABIERTA	Yelica Ariza	A. JUNIO DE 2021 La líder de Facturación elaboro un informe con fecha 07 de abril de 2021 en donde se observa que la radicación oportuna de la facturación el primer trimestre de 2021 es del 71.49% INDICADOR: A marzo de 2021 Valor facturación radicada del mes de anterior (enero-abril 2021) 43.353.779.244 / total facturación mensual del mes anterior (enero-abril 2021) 60.437.596.922 *100 = 71.73% CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 En informe al mes de julio de 2021 la facturación generada con corte a junio es de \$34,077,703,330 y lo radicado oportunamente es de \$30,264,190,430 por lo que lo radicado oportunamente es del 89%. Lo facturado con corte a septiembre 30 de 2021 asciende a \$38,054,094,654 y lo radicado tiene un valor de \$28,948,800,557 por lo que el 76,1% es radicado oportunamente. INDICADOR: A septiembre de 2021 : (el valor de lo radicado oportunamente es del 76,1% * el 90,0% que es el valor a mantener en la acción) / 100 = 68,49% de cumplimiento de la acción. CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		9 (1) Revisión y actualización del procedimiento "Cálculo de la Provisión Contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y Juemias Arbitrales SOPORTE"	Procedimiento actualizado	1er semestre de 2021	Enero de 2021	Junio de 2021		Jefe Oficina Asesora Jurídica	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A. JUNIO DE 2021 Se actualizo el procedimiento CALCULO Y PROVISION CONTABLE DE LOS PROCESOS JUDICIALES CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES Y TRAMITES ARBITRALES código de documento 02GU15-V2 aprobado el 15-05-2021 INDICADOR: Procedimiento actualizado CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA

FALDA

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
2	<p>EVALUACION AL CONTROL INTERNO CONTABLE CONTROL INTERNO CONTABLE DEFICIENTE</p> <p>Condición: De acuerdo con la verificación y análisis realizado a los estados financieros a 31 de diciembre de 2019 y lo verificado de la 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 transaccionales 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 contables". Ley 734 de 2002, artículo 34 "de los Deberes del servidor público", numerales 31 y 33.</p> <p>Causa: Se estableció que las causas de las deficiencias, tanto en el grado de contabilidad de sus procesos y procedimientos financieros, como en los registros de los estados financieros mismos, evidencian: falta de conciliación, permanente de la información registrada en los estados financieros para asegurar que dicha información corresponde 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 cumplimiento de requisitos como las donaciones, en el seguimiento al cumplimiento de requisitos en el ítem 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.</p> <p>Efecto: Opinión en control interno contable deficiente. Página de la 38 a la 52</p>	<p>10 (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</p> <p>SOPORTE Actas de conciliación- Causación de la provisión</p>	<p>valor de la provisión según el momento del litigio / valor del litigio al día de 2021 Provisionar</p>	<p>de abril a diciembre de 2021</p>	<p>de Abril de 2021</p>	<p>de Diciembre de 2021</p>	<p>Dirección Financiera (Gestión Financiera) Oficina Aseora Jurídica (Gestión Jurídica)</p>	<p>Subdirector Contabilidad/ Jefe Oficina Aseora Jurídica</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>CERRADA</p>	<p>Yélica Ariza</p>	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>En acta de reunión No. 038 de 10-06-2021 se realizó verificación conjunta - Oficina Asesora Jurídica y Subdirección de Contabilidad de los datos reportados en la provisión contable de los procesos judiciales. INDICADOR: El valor de la registrada a corte 30-04-2021 es de \$3.600.623.266.6 y el valor de las provisiones según el procedimiento 02GF-15-V2 es de \$26.561.689.168.67 = 0,1356 CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021</p> <p>En acta No. 046 de junio de 2021 se realizó verificación Conjunta de la oficina Jurídica y la subdirección de contabilidad para verificar la provisión contable al mes de junio de 2021, en donde el valor de la provisión es \$3.756.624.534,55 y el valor de las provisiones es de: \$29.368.555.622.33 = 0,128.</p> <p>En acta No. 074 de 08-09-2021 se realizó la verificación de la información reportada en la provisión contable a 31 de agosto de 2021, en donde la provisión es: INDICADOR: valor provisión \$3.799.156.114 Valor de la a provisiones es de: \$29.115.681.548 = 0,130. CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
													<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>Se han realizado conciliaciones de los módulos de Contabilidad y cartera de COOMEVA, PREVISORA, COMPANIA DE SEGUROS, SEGUROS DEL ESTADO, SEGUROS BOLIVAR, AXXA, COLPATRIA SEGUROS, RIESGOS PROFESIONALES COLMENA, FOSYGA, FINSEMA, ENDISALUD, ASIMET SALUD, CONSORCIO SAYP2011; lo mismo que para el primer trimestre (abril de 2021) se realizó el cruce del modulo de objeciones frente al modulo de contabilidad.</p> <p>INDICADOR: Un acta de conciliación que contiene el saldo de la glosa en el balance de prueba a marzo de 2021, el valor de la glosa tramitada, el valor de la glosa aceptada, el valor de la glosa en gestión o trámite y los planes y acciones.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 1</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021</p> <p>Con acta de fecha 03 de agosto de 2021 se realiza cruce de cifras de EL modulo de carterabancos frente a la contabilidad a cierre del I trimestre, las diferencias en la información entre los módulos contabilidad y carterabancos corresponde a valores no ingresados en el modulo operativo...</p> <p>En acta de 27 de octubre de 2021 se realiza cruce del modulo de objeciones con los saldos acumulados de contabilidad a septiembre 30 de 2021 de ingreso de glosa, glosa tramitada, glosa aceptada y glosa en proceso; teniendo como saldo glosa en trámite a septiembre de 2021 / balance cuenta contable 83 de \$17.825.119.951.</p> <p>INDICADOR: Tres actas de cruce entre los módulos cartera/ contabilidad /objeciones</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
													<p>JUNIO DE 2021</p> <p>Se ha solicitado vía correo electrónico la solicitud de inactivar los reportes de glosa y estructurar un reporte único Trimestral, para ello se viene realizando junto con el área de sistemas reuniones de Unificación de reportes de objeciones, verificación de la data y automatización de la validación de la información (04-03-2021) y reportes generados y nuevos reportes y automatización información y cruce áreas de objeciones (03-06-2021)</p> <p>INDICADOR: Un reporte consolidado de DGH del modulo cartera / objeciones</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

100%

Nº hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C / Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		13. (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 aplicación. SOPORTE Reporte DGH	Un reporte generado	Junio de 2021		Junio de 2021			2	2	CERRADA	Yelica Ariza Hernández	JUNIO DE 2021 Con incidencia No. 06190 y como electrónico se ha solicitado al área de sistemas la optimización de reportes de objeciones, para ello se han realizado reuniones con el área de sistemas, plasmadas en actas de fecha 04-03-2021 de 'unificación de reportes de objeciones, verificación de la data y automatización de la validación de la información' y reunión de fecha 03-06-2021 con el tema 'reportes generados y nuevos reportes y automatización información y cruces áreas de objeciones'. INDICADOR: Se viene realizando gestión para el desarrollo del reporte de DGH. CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Se realiza reunión del área de objeciones con sistemas, con el fin de suprimir los reportes generados actualmento y estructurar un reporte único y avanzar en la automatización de las validaciones del modulo-información. Se inactivan los reportes correspondientes y se genera el reporte @RECEPCION OBJECIONES - POR RANGO DE FECHAS DE CONFIRMACION. INDICADOR: Reporte en donde se inactivan reportes y se genera nuevo reporte. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		14. 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.	Una Matriz de Riesgos y controles actualizada	Diciembre de 2021		Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera).	Director Financiero	2	2	CERRADA	Yelica Ariza Hernández	A JUNIO DE 2021 En febrero de 2021 se realizó reunión de Actualización, seguimiento y capacitación de la matriz de Riesgos del proceso de gestión Financiera, se actualizo la matriz de riesgos del proceso y publico en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA en mayo de 2021. INDICADOR: Una matriz de riesgos del proceso de Gestión financiera actualizada. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		15. Elaborar el procedimiento para 02GBS06 - RECEPCION VERIFICACION VISTOS BUENO ACEPTACION Y REGISTRO DE DONACIONES Un Procedimiento aprobado y socializado SOPORTE: Procedimiento elaborado, Revisado, Aprobado y Publicado en ALMERA	Procedimiento aprobado y socializado	Junio de 2021		Junio de 2021	Dirección Administrativa Almacén / Gestión de bienes y servicios I	Líder de proyecto Almacén	2	2	CERRADA	Yelica Ariza Hernández	A JUNIO DE 2021 Se anexa procedimiento elaborado, revisado y aprobado 02GBS14LV1 Recepción, Verificación, Aceptación, y registro de Subvenciones en especie, el cual fue publicado en la plataforma ALMERA 1 de Marzo de 2021. La socialización del procedimiento se realizó AL Comité de Inventarios de Archivos fijos, bienes de consumo medicamentos e insumos en el mes de abril de 2021 y en el mes de junio de 2021 a nuevos servidores públicos del Hospital Regional Zipaquará. INDICADOR: Procedimiento aprobado y publicado. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		16. Actualización del Procedimiento 02GBS06 - IDENTIFICACION Y CUSTODIA DE LOS BIENES ACTIVOS Fijos e INTANGIBLES DE la E S E Hospital Universitario de la Semántena. SOPORTE: Procedimiento Actualizado, revisado, Aprobado y Publicado en la plataforma ALMERA	Procedimientos actualizados y socializados	Junio de 2021		Junio de 2021	Dirección Administrativa Almacén / Gestión de bienes y servicios I	Líder de proyecto Almacén	2	2	CERRADA	Yelica Ariza Hernández	A JUNIO DE 2021 El procedimiento 02GBS06-V3 IDENTIFICACION CUSTODIA DE LOS BIENES ACTIVOS FLOJ se actualizo y aprobó el 01-03-2021 INDICADOR: Un procedimiento actualizado, aprobado, y publicado. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA

1000

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		17. Realizar cuatrimestralmente Inventarios Periódicos y aleatorios de activos Fijos - con susidas de novedades. SOPORTE: Documento soporte de Inventarios realizados aleatoriamente	No. De Inventarios aleatorios realizados durante el año. Según cronograma.	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	Dirección Administrativa de Almacén / Gestión de bienes y servicios	Líder de proyecto Almacén	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 Además de los inventarios realizados por cronograma (1 cada mes) se han realizado inventarios aleatorios a: subdirección urgencias, equipos médicos, urología, subdirección medicina interna, defensoría del usuario, control interno disciplinario, oficina mantenimiento, en los que correspondía se realiza el informe de novedades. INDICADOR: No. de inventarios aleatorios realizados durante el periodo enero a junio de 2021 = 7, número de inventarios según cronograma 6 CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 Además de los inventarios realizados periódicamente del hallazgo #1 numeral 13(9) se han realizado las conciliaciones del módulo de contabilidad y activos fijos en los meses de: mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2021. INDICADOR: No. de inventarios aleatorios realizados durante la vigencia 2021 = 17. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		18. Elaborar el procedimiento RECEPCION, VERIFICACION VISTO BUENO, ACEPTACION Y REGISTRO DE DONACIONES e INTERFASE Y CONCONTABILIDAD SOPORTE: Procedimiento Elaborado, Revisado, Aprobado y Publicado en la plataforma ALMERA	Un Procedimiento aprobado y socializado	Julio de 2021	Julio de 2021	Julio de 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Subdirección de Contabilidad (activos fijos)	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 Se anexa procedimiento elaborado, revisado y aprobado 0265514-V1 Recepción, Verificación, Aceptación, y registro de Subvenciones en especie, el cual fue publicado en la plataforma ALMERA 1 de Marzo de 2021 INDICADOR: Un procedimiento actualizado, aprobado y publicado. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		19 (1). Informar a los supervisores que en el momento de la radicación de los soportes para pagar a parte de la vigencia del contrato el plazo establecido para giro (90,60 o 90 días). SOPORTE: Circular informativa.	Circular informativa	Marzo de 2021	Marzo de 2021	Marzo de 2021		Director Financiero (Cuentas por pagar)	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 Se realizó la circular informativa NO. 1202100000112500001 de 28 de junio de 2021 INDICADOR: Una Circular informativa CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		20 (2). Revisión mensual de las carpetas contractuales en el que se verifique el llenado de pagos realizados en el mes. los requisitos para pago.	Pagos revisados / Diciembre de 2021	Diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera), Tesorería	Líder de Proyecto de Tesorería	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 La oficina Jurídica- contratación bienes y servicios, especialidades médicas y la servidora pública responsable de la gestión documental, realizaron una Auditoría al Archivo en el primer trimestre de 2021, con el objeto de verificar los expedientes contractuales de los contratos celebrados por la ESE Hospital Universitario de la Samentana, realizada la verificación de los expedientes contractuales vigencia 2020 se da cumplimiento al 100% del proceso de organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo. De la vigencia 2021 se han revisado y realizado pagos mensuales así: Enero 326, Febrero 662, Marzo 596, Abril 581, Mayo 438, Junio 621. INDICADOR: En el semestre se han revisado 3224 / pagos realizados 3.224 = 100% CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 En actos de 05 de junio y 05 de octubre de 2021 se han revisado los expedientes contractuales en las oficinas de contratación, oficina asesora jurídica, se ha ejecutado la organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo de los expedientes con cumplimiento del 100%. En el semestre se ha realizado y revisado pagos mensuales así: Julio 582, agosto 672, septiembre 688, octubre 605, noviembre 583, diciembre 1969, total semestre 5079 pagos realizados. INDICADOR: En la vigencia se han revisado (3224 +5079)/ pagos realizados (3.224+5079) = 100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA

100%

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha Inicial de la Acción	Fecha de terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C / Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		21. (3) Elaborar formato codificado para informar los requisitos necesarios para la elaboración de las órdenes de pago SOPORTE Formatos Codificados y socializado a los directores y supervisores	Un Formato elaborado, Codificado y socializado	Julio de 2021	Julio de 2021	Julio de 2021	Director Cuentas por Pagar	2	2	CERRADA	Hernández Yelica Ariza	A DICIEMBRE DE 2021 Se elaboro formato con identificación de documento 05GF32V1 INDICADOR: formato elaborado y codificado CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA	
		1. Capacitar semestralmente a los directores, subdirectores y supervisores que intervienen en la Ejecución del Presupuesto SOPORTE Planilla Asistencia de capacitación	Capacitaciones Realizadas/ Capacitaciones a realizar * 100	Junio a diciembre de 2021	Junio de 2021	Diciembre 2021	de Dirección Financiera (Gestión financiera).	Director Financiero (Presupuesto)	2	2	CERRADA	Hernández Yelica Ariza	A DICIEMBRE DE 2021 En agosto y octubre de 2021 se realizaron capacitaciones de presupuesto a los supervisores - funcionarios de planta que intervienen en la ejecución del presupuesto. INDICADOR: Dos planillas de capacitación a supervisores. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		2 (1). Socializar el Procedimiento de Expedición de certificado de Disponibilidad y Registro Presupuestal al Área de Compras. SOPORTE Planilla de Socialización	Procedimiento Socializado	Enero a abril de 2021	Enero de 2021	Abril de 2021	Director Financiero (Presupuesto)	2	2	CERRADA	Hernández Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 En el mes de abril de 2021 se realizó la socialización del procedimiento 02GF17V2 EXPEDICION DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD Y RIESGO PRESUPUESTAL a siete sanitarios públicos del área de compras. INDICADOR: Una Planilla de socialización. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA	
		3. (2). Revisión mensual de las carpetas contractuales en el que se verifique el llenado de pagos realizados en el mes.	Pagos revisados / contractuales en el mes.	Diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	de Supervisores Contratos	2	2	CERRADA	Hernández Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 La oficina Jurídica- contratación bienes y servicios, especialidades médicas y la servidora pública responsable de la gestión documental, realizaron una Auditoría al Archivo en el primer trimestre de 2021, con el objeto de verificar los expedientes contractuales de los contratos celebrados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, realizada la verificación de los expedientes contractuales vigencia 2020 se da cumplimiento al 100% del proceso de organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo. De la vigencia 2021 se han revisado y realizado pagos mensuales así: Enero 526, Febrero 662, Marzo 596, Abril 581, Mayo 438, Junio 621. INDICADOR: En el semestre se han revisado 3224 / pagos realizados 3.224 = 100%. CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA A DICIEMBRE DE 2021 En actas de 05 de junio y 05 de octubre de 2021 se han revisado los expedientes contractuales dependientes de la oficina asesora jurídica, el cumplimiento de contratación, clasificación, organización, foliación y expurgo es del 100%. En el semestre se ha realizado y revisado pagos mensuales así: julio 592, agosto 672, septiembre 668, octubre 605, noviembre 583, diciembre 1969, total semestre 5079 pagos realizados. INDICADOR: En la vigencia se han revisado (3224 +5079) pagos realizados (3.224+5079) = 100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA	

EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO NO RAZONABLE

Condición: De la evaluación a la débilta 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 Comisión de Cuentas 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 1995 "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 información mensual, falta de cumplimiento en el desarrollo de

ADU

Nº hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
3	<p>evitar la ejecución de la ejecución por falta de ayuda del presupuesto a la realidad del desempeño en la contabilización, las fallas en los formatos de solicitud y modificación de los CDPs, la falta de identificación de los responsables para pago, las fallencias 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 fallas en el cumplimiento del derecho a turno para pagos, las fallencias 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.</p> <p>Efecto: La Comisión Auditora establece que la ejecución presupuestal de la entidad Empresas Públicas de Cundinamarca, en la vigencia 2019, fue NO RAZONABLE.</p> <p>Página de la 62 a la 100</p>	<p>4. 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</p> <p>5. 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 legibles, teniendo en cuenta que hoy día ya no se gira cheques. Cuando es transferencia se colocará un sello indicando (usar transferencia electrónica SOPORTE documento Informativo</p>	<p>(1) Un Formato Codificado socializado</p> <p>Un Formato Codificado socializado</p>	<p>Julio de 2021</p> <p>Abril de 2021</p>	<p>Julio de 2021</p> <p>Abril de 2021</p>	<p>Dirección Financiera (Gestión financiera).</p> <p>Dirección Financiera (Gestión financiera).</p>	<p>Director Financiero (Presupuesto) Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad</p> <p>Líder de proyecto de mesa - Oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad.</p>	<p>2</p> <p>2</p>	<p>2</p> <p>2</p>	<p>CERRADA</p> <p>CERRADA</p>	<p>Yeica Ariza</p> <p>Yeica Ariza</p>	<p>A DICIEMBRE DE 2021 Se elaboro formato con identificación de documento 05GF32-V1 INDICADOR: formato elaborado y socializado CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p> <p>A JUNIO DE 2021 Se informo a los responsables que intervienen en el proceso de las indicaciones para la generación de los comprobantes junto con sus soportes, se publico y genero el formato orden de pago código de documento 05GF26-V1 y en todas las ordenes de pago se colocará un sello de transferencia electrónica. INDICADOR: Un Formato codificado y socializado CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021 En agosto y octubre de 2021 se realizaron capacitaciones a los servidores publicos que intervienen en el ciclo PRVA de la entidad. INDICADOR: 15 supervisores -funcionarios publicos y servidores publicos del nivel directivo que intervienen en la ejecución del presupuesto = 100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p> <p>A JUNIO DE 2021 Vía correo electrónico se entrega a los supervisores la ejecución del presupuesto de gastos. Se adjunta una muestra por cada uno de los meses de 2021, en el cual se evidencia el envío. INDICADOR: DE acuerdo al Decreto 2193 de 2004, la ejecución presupuestal con corte a Marzo de 2021 es de: Total Ingresos \$46.648.193.140 y Total gastos \$56.014.527.104 CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p> <p>A JUNIO DE 2021 Se realizó la circular informativa No. 1207/100000112500001 de 28 de junio de 2021 INDICADOR: Una Circular informativa CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>	

CRM

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
4	<p>AUDITORIA DE DESEMPEÑO Y CUMPLIMIENTO EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA INFORMES DE SUPERVISIÓN</p> <p>Condiciones: 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 poseen en los expedientes contractuales los productos extralegales tales como actas, informes periódicos, listados, capacitaciones, etc. que indican 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 deficiencias en los controles de supervisión, acordes con los lineamientos establecidos en el Manual de Contratación y supervisión en 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. 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>Página: 118-119</p>	<p>1. Capacitación a los supervisores sobre sus funciones, Estatuto y Manual de contratación de la E.S.E Hospital Universitario de la Samalitano. SOPORTES: Soportes Capacitación</p> <p>2. Actualización del Formato de informe de supervisión o interventoría de contratos 05G.03.V2 aprobado por comité de compras y contratos y de procedimiento de ejecución contractual 02G.01. SOPORTE: Formato y procedimiento actualizado</p> <p>3. Socialización formato de informe de supervisión o interventoría de contratos 05G.03 y de ejecución contractual 02G.01 SOPORTE: Formatos de Socialización</p>	<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 2021 (entregables/ Total de informes de supervisión por cada uno de los contratos.</p> <p>Numero de personas socializadas/ Numero personas a socializar.</p>	<p>31 de diciembre de 2021</p> <p>30 de marzo de 2021</p> <p>31 de diciembre de 2021</p>	<p>Diciembre 31 de 2021</p> <p>Marzo 30 de 2021</p> <p>Diciembre 31 de 2021</p>			<p>Jefe oficina Asesora Jurídica</p> <p>Lider de Proyecto de Tesorería - Jefe oficina Asesora Jurídica</p> <p>Jefe oficina Asesora Jurídica - Directora Administrativa</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>CERRADA</p> <p>CERRADA</p> <p>CERRADA</p>	<p>Hernández Yelica Ariza</p> <p>Hernández Yelica Ariza</p> <p>Hernández Yelica Ariza</p>	<p>A JUNIO DE 2021 Se realizaron en el mes de junio de 2021 ocho capacitaciones, en donde se capacitaron trece (13) supervisores. INDICADOR: Numero de capacitaciones realizadas 8 /numero de capacitaciones programadas 15 = 53.33% CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021 Se han realizado capacitaciones en junio 28, julio 9 y 12, noviembre 8, diciembre 3 de 2021, ofrecidas 13 sesiones públicas. INDICADOR: Numero de capacitaciones realizadas 15 /numero de capacitaciones programadas 15 = 100% CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p> <p>A JUNIO DE 2021 Se actualizo el formato Supervisión e Interventoría de Contratos 05G.03.V2; el procedimiento 'Ejecución Contractual' 02G.01-V7, aprobado el 30/06/2021 INDICADOR: El indicador se vera reflejado en el segundo avance del Plan de mejoramiento, según informa el lider del proceso. CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p> <p>A JUNIO DE 2021 El formato 05G.03.V2, el procedimiento 02G.01-V7 se socializo en nueve (9) reuniones realizadas en el mes de junio de 2021 a veintún (21) servidores públicos. INDICADOR Numero de personas socializadas 21 / numero de personas a socializar INDICADOR PENDIENTE CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021 En el mes de noviembre se socializo a un supervisor (jefe oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad) y con corte al presente informe, La supervisión de los contratos de la E.S.E. se realiza por 22 funcionarios públicos de la entidad. INDICADOR 21=1 personas socializadas /22 funcionarios públicos =100% CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C / Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
5	PUBLICACIÓN DE TODAS LAS ETAPAS CONTRACTUALES EN EL SECOF: 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 Samantiana realiza la publicación de los contratos en el SECOF I, teniendo en cuenta lo contemplado en la Capitulo XI, Artículo 40 del Estatuto de contratación Acuerdo 00856-20-14 del 03 de junio de 2014, verificación que hace parte de los papeles de trabajo de esta auditoría. No obstante, el reporte al SECOF se realiza de manera extemporánea. Sin tener en cuenta los 3 días que dice la normatividad. Criterio: Resolución 530 del 21 de diciembre de 2018, Manual de contratación, Principio de Publicidad, Ley 1150 de 2007 Art. 3, Decreto 2474 de 2005, Art. 8. Causa: Falta de controles al interior de la entidad. Efecto: Incumplimiento de la norma. Página: 119	1. Modificación Procedimiento reporte de los procesos contractuales de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMANTIANA - SECOF 02DE16-V1. SOPORTE: Procedimiento Modificado 2. Socialización a quienes intervienen en el reporte de los procesos contractuales del HUS SECOF 02DE16. SOPORTE: Formato de socialización.	Contratos y documentos asociados publicados dentro de los términos en las etapas precontractual y contractual / total de contratos. Número de personas socializadas/ Número de personas a socializar * 100.	1er trimestre de 2021	Enero de 2021	Marzo de 2021	Oficina Jurídica Dirección Administrativa Oficina Asesora (Gestión)	Jefe oficina Asesora Directora Administrativa Jefe oficina Jurídica Administrativa	2 2	2 2	CERRADA CERRADA	Yelica Ariza Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 El procedimiento 02DE16-V2 se actualizó el procedimiento. INDICADOR: Contratos y documentos asociados publicados dentro de los términos en las etapas precontractual y contractual 390 / total de contratos 390*100=100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA A JUNIO DE 2021 En el mes de marzo de 2021 se realizó a dos servidores públicos la socialización del procedimiento "reporte de contratos del HUS a través del aplicativo SECOF 1" INDICADOR: Número de personas socializadas 2 / número de personas a socializar 2*100=100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
6	EVALUACIÓN A LA RENDICIÓN DE LA CUENTA MATRIZ DE LEGALIDAD Condición: Realizado el análisis a la matriz de legalidad que hasta la fecha se ha rendido en el aplicativo SIA OBSERVA se encuentra lo siguiente: Toda la contratación fue rendida bajo la modalidad de Régimen Especial, razón por la cual se hace la siguiente clasificación de acuerdo al procedimiento, cantidad y cumplimiento. En el estado que está en el informe el total de los 1083 contratos relacionados, tan sólo seis cumplen el llenado 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 permite ver que se inició con la digitación del contrato y no se completó ni se eliminó. Por lo anterior expuesto, se deja observación Criterio: Resolución No. 0067 de 29 de enero de 2016, Art.10 formatos e Instructivos. Causa: Inadecuado seguimiento, control y supervisión en la rendición de cuentas al momento de realizar el reporte de la información. Efecto: Deficiencia en la calidad de la información reportada a través de los aplicativos SIA, CONTRALORIAS y SIA OBSERVA. Página: 135- 137	1. Hacer revisión y ajuste a la matriz de legalidad. SOPORTE: Acta de revisión y ajuste 2. Crear formato Informe trimestral publicación. SOPORTE: Formato Informe	Un Formato informe	3er trimestre de 2021	Julio de 2021	Septiembre de 2021	Oficina Jurídica Dirección Administrativa	Jefe oficina Asesora Jurídica	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	A JUNIO DE 2021 Se creó el formato INDICADOR: Un formato informe CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA A JUNIO DE 2021 En fecha de febrero 22 de 2021 se realizó el análisis y modificación de la matriz de legalidad de aplicativo SIA OBSERVA INDICADOR: Contratos publicados en el SIA OBSERVA con el llenado de los requisitos legales 390/ total contratos 390*100 = 100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA

1000

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	Cumplimiento	Efectividad	Estado de la Acción (Cerrada-C/ Abierta-A)	Dirección Técnica Responsable	Observación
		1. Publicación oportuna de la matrices de riesgos Institucional y por procesos en el Sistema Integral de calidad ALMERA, vigencia 2021.		Enero a Febrero de 2021	Enero de 2021	Febrero de 2021		Oficina Asesora de Planeación Directores y líderes de los procesos.	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A JUNIO DE 2021 La publicación de las matrices de riesgos de venisialis (26) procesos se realizó entre el 14 de abril al 20 de mayo de 2021 en el sistema de gestión de calidad integrado- ALMERA en Documentación/ Documentos asociados / Otros.</p> <p>Con documentos se ha evidenciado la revisión a los procesos de Dirección científica realizó la revisión a los riesgos de los procesos de banco de sangre, imágenes diagnósticas, Ayudas diagnósticas, Atención Farmacéutica, Atención al paciente quirúrgico, Esterilización, atención al paciente hospitalizados, las cuales fueron enviadas a la oficina de Planeación y garantía de la calidad se adjuntan algunas actas y correo de enviado, igual situación se registro con la Dirección Financiera con la matriz de riesgos de gestión financiera y facturación y recaudo. Total 10 procesos con revisión de líderes y Directores.</p> <p>INDICADOR: El indicador se establecerá una vez se realice la Auditoría de seguimiento a los Controles con las metodologías establecidas por la E.S.E.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</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.	Alcanzar una calificación de 65 puntos en el diseño de los controles que permita tener una ejecución moderada del control.	enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021		Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.	2	2	CERRADA	Yelica Ariza	<p>A JUNIO DE 2021 El informe de gestión del primer trimestre de la vigencia 2021 contiene en el numeral 7.4 el cumplimiento del cronograma para la ejecución del programa de Gestión del riesgo de la Empresa Social del estado Hospital Universitario de la Samaritana.</p> <p>INDICADOR: El indicador se establecerá una vez se realice la Auditoría de seguimiento a los Controles con las metodologías establecidas por la E.S.E.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 1</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021 Los informes de la ejecución del programa de Gestión y administración del riesgo del I, II, III y IV trimestre están basados en la identificación, materialización del riesgo y los controles.</p> <p>INDICADOR: Conforme los lineamientos de la guía de Gestión del riesgo de la Función Pública de diciembre de 2020 y el Manual de gestión del riesgo- código de documento 01DE28-V1 de la E.S.E., aprobado en diciembre de 2021, la metodología a aplicar se ha actualizado y/o modificado en cuanto a la valoración de los controles.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

YADRO

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha de terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C / Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
7	<p>EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p> <p>Control débil</p> <p>Condición: La entidad auditada para su calificación como entidad de gestión de calidad de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 67 puntos, lo que permite la 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, por lo 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>3. Elaboración de Plan de mejoramiento para la vigencia 2021, que atienda 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 Informes de manera trimestral del Director HRZ, coordinador UFZ, subdirectores, líderes de proyecto y líderes de proceso sobre el monitoreo, evaluación y monitoreo a los controles diseñados en las matrices de riesgos por proceso (de acuerdo al cronograma definido por cada Dirección).</p> <p>SOPORTE: Informe trimestral de monitoreo, de evaluación y seguimiento a los controles presentados en las matrices de riesgo por seguimiento proceso (de acuerdo a la estructura definida por la Dirección) radicado en Gerencia, Control Interno y Planeación y garantía de la calidad.</p> <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</p>	<p>Indicador de Cumplimiento: 1</p> <p>ADICIEMBRE DE 2021</p> <p>En desarrollo de la acción de mejora, la información allegada de informes trimestrales se realiza en los procesos, conforme a la matriz de riesgos en cada uno de los procesos del Primer trimestre (25 procesos), del II trimestre (24 procesos), III trimestre (24 procesos) de 2021 y en varios de los procesos se realiza el informe, aun cuando se acaba de terminar la vigencia correspondiente al IV trimestre (17 procesos).</p> <p>INDICADOR: Numero de informes con seguimiento y monitoreo de las matrices de riesgos por proceso 104 = 66,54% y avances a septiembre de 2021 = 93,89%</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>

16/07/2021

Nº hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		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.	Numero de recomendaciones, hallazgos y/o observaciones – identificados en los informes del control interno con planes de mejoramiento en Almera / numero total de recomendaciones, hallazgos y/o observaciones identificados en los informes del control interno que requieren plan de mejoramiento	4 de enero a 15 de diciembre de 2021	Enero 4 de 2021	Diciembre 15 de 2021		Director HRZ, Directores, Subdirectores, líderes de proyecto, líderes de procesos, coordinador Ufz	2	2	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021 La Dirección Científica, los líderes de los procesos de Ayudas diagnósticas, Imágenes Diagnósticas, Esterilización, Banco de sangre, Subdirección de Educación Médica, Atención Farmacéutica, Atención al paciente quirúrgico, Atención al paciente Hospitalizado, realizaron reunión para revisar las Auditorías de Control Interno del 2020 y primer trimestre 2021. La oficina Asesora Jurídica, la Dirección Financiera procesos de gestión financiera y facturación y recaudo, atención al usuario y su familia, han generado planes de mejoramiento en donde se informa la generación y desarrollo de los planes de mejoramiento.</p> <p>13 procesos</p> <p>INDICADOR: numero de recomendaciones, observaciones y/o hallazgos con plan de mejoramiento en ALMERA 34 / Total de recomendaciones, hallazgos y/o observaciones identificados en los informes de Control Interno (Vigencia 2020) 203 = 17%</p> <p>CUMPLIMIENTO: 1</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021 Con la ejecución de las Auditorías de Control Interno en 2021 se han generado en el sistema de Gestión de calidad integrado -ALMERA - Plan Único de mejoramiento PUMP, acciones de mejoramiento en los procesos de Gestión de la calidad, Gestión de bienes y servicios, Direccionamiento Estratégico, Hósteria Hospitalaria, Atención al usuario y su familia, Gestión Financiera, Atención al paciente hospitalizado, Banco de sangre, Apoyo diagnóstico, Imágenes diagnósticas, Atención Farmacéutica, Esterilización, Docencia, Investigación, Atención al paciente quirúrgico, Gestión del Talento Humano, gestión Jurídica, Facturación y recaudo; 18 procesos.</p> <p>INDICADOR: numero de recomendaciones, observaciones y/o hallazgos con plan de mejoramiento en ALMERA 99 / Total de recomendaciones, hallazgos y/o observaciones identificados en los informes de Control Interno (Vigencia 2020) 107 = 92,5%</p> <p>NOTA: La información corresponde al mes de noviembre de 2021, se excluye la Auditoría Fobogus y seguimiento a los controles establecidos en la matriz de riesgo institucional.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

ALDU

N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha Inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
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 correspondiente 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 auditorías establecidos, por el área encargada.</p> <p>Criterio: Ley 67 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 auditorías internas del Hospital de la Samaritana</p> <p>Pág.: 144-145</p>	<p>2. Informe trimestral radicados la Gerencia y a los Directores, de las acciones de mejora desarrolladas y documentadas Vé 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>Numero de informes radicados/numero total de informes a ser radicados en la Gerencia</p>	08 de febrero a 15 de diciembre de 2021	Febrero 08 de 2021	Diciembre 15 de 2021	<p>Dirección Administrativa</p> <p>Dirección Financiera</p> <p>Dirección de Atención al Usuario</p> <p>Dirección Científica</p> <p>Oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad - Oficina Asesora Jurídica - Oficina asesora Jurídica</p> <p>Dirección Estratégica - Todos los procesos de la E.S.E.)</p>	<p>Directores HRZ</p> <p>Subdirectores, líderes de proyecto, líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	1	2	ABIERTA	Yelica Hernández Anza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>La Dirección Científica, en su informe de gestión primer trimestre 2021, registra en un acápite "Planes de mejoramiento" de los procesos (nuevo) de su Dirección. Y que hacen parte de la información registrada en el sistema de gestión de calidad Integrado ALMERA. La dirección Financiera radica a la gerencia informe; la oficina asesora jurídica, dos informes trimestrales;</p> <p>12 PROCESOS, 13 INFORMES</p> <p>INDICADOR: número de recomendaciones, observaciones y/o hallazgos con plan de mejoramiento en ALMERA 34 / Total de recomendaciones, hallazgos y/o observaciones identificadas en los informes de Control Interno (Vigencia 2020) 203 = 17%</p> <p>CUMPLIMIENTO: 1</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>En la vigencia 2021 se han realizado informes y actuaciones (mostrados para cada proceso, así: en el primer trimestre Control Interno realizo seguimiento a todos los procesos quedando plasmado en actas e informes, indicador 100%, en el segundo trimestre se presentaron 21 informes, el indicador de avances fue del 92%, en el tercer trimestre se presentaron 17 informes trimestrales con indicador de avance del 84,0%, en el cuarto trimestre han presentado informes preliminares 15 procesos.</p> <p>INDICADOR: número de informes radicados 78 / número total de informes a ser radicados en la Gerencia 96 = 81,25% y avance del 84,0%</p> <p>NOTA: se han excluido los procesos de Atención extramural, Auditoría y Control y Desarrollo de servicios (quien informa que no tiene planes de mejoramiento).</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</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>		31 de diciembre de 2020	Marzo de 2021	Diciembre 31 de 2021		<p>Jefe de oficina de Control Interno</p>	2	2	CERRADA	Yelica Anza	<p>A JUNIO 2021</p> <p>Se han realizado: En Febrero 18 de 2021 la Verificación de la publicación y seguimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por control interno 2020, en abril 08 de 2021 la "Informe de revisión de observaciones realizadas en Auditorías Internas vigencia 2020".</p> <p>INDICADOR: Número de informes radicados 2 / número de informes a ser radicados en la Gerencia 4 = 50,0%</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A DICIEMBRE DE 2021</p> <p>De fechas julio 31 y noviembre de 2021 se realizaron informes de seguimiento a las acciones de mejora, radicadas al Comité Directivo, publicadas en el sitio WEB, como resultado de las Auditorías de Control Interno.</p> <p>Indicador: Número de informes radicados 4 / número de informes a ser radicados en la Gerencia 4 = 100,0%.</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

ADM

Nº Hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		<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 informes de la Oficina Asesora de Planeación.</p>	<p>Porcentaje de avance de cumplimiento de los planes de mejoramiento.</p>	31 de diciembre de 2020	Marzo de 2021	Diciembre 31 de 2021	<p>Jefe de oficina de Control Interno - Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad - Jefe Oficina Asesora Jurídica - Director Administrativo - Director de Atención al Usuario - Director Científico / Todos los Líderes de procesos de la E.S.E.</p>	2	2		CERRADA	Yelica Hernández Anza	<p>A JUNIO DE 2021 La Dirección Científica, en su informe de gestión primer trimestre 2021, registra en un acápite "Planes de mejoramiento" en donde se evidencia el avance y/o cumplimiento de las acciones de mejora, producto de las Auditorías de Control Interno 2020 y 2021, de los procesos (nueve) de su Dirección. Y que hacen parte de la información registrada en el sistema de gestión de calidad Integrado ALMERA.</p> <p>La Dirección Financiera de los procesos de gestión financiera y facturación y recaudo, la oficina asesora Jurídica, la subdirección de defensa al usuario, indican en la Gerencia y la oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad un informe Trimestral.</p> <p>13. PROCESOS</p> <p>INDICADOR: El avance será establecido con el cumplimiento de los planes de mejoramiento del primer semestre de la vigencia 2021.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 1</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>ADICIONALES DE 2021 Se han informado a la Gerencia los planes de mejoramiento a través de los informes de gestión de cada proceso, radicado a los directores y/o jefes de oficina planeación y garantía de la calidad y/o Control Interno y/o Gerencia, constituyéndose en insumo para los informes de gestión de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.</p> <p>INDICADOR: Porcentaje de avance de cumplimiento de los planes de mejoramiento: a diciembre 20 de 2021 de las actividades de los procesos ejecutadas y laminadas es del 79%.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</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>		Marzo al Diciembre 2021	Marzo de 2021	Diciembre 31 de 2021	<p>Jefe Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad</p>	2	2		CERRADA	Yelica Hernández Anza	<p>A DICIEMBRE DE 2021 El informe del PUMP I trimestre de 2021 establece 34 actividades de mejora como punto Control Interno. Que corresponden al 22% de las acciones del PUMP.</p> <p>En el II trimestre de 2021 nuevos procesos de la E.S.E. cuentan con acciones de mejora formuladas en el PUMP con tuerto Control Interno.</p> <p>El trimestre de 2021 diecisiete procesos formularon planes de mejora con tuerto Auditoría de Control Interno, para un avance del 61%, cabe aclarar que algunos planes de mejora tienen fecha de finalización a 31 de diciembre de 2021.</p> <p>El avance preliminar del IV trimestre de 2021 informa que de manera general el PUMP cuenta con 693 actividades, terminadas se encuentran 331 actividades lo que corresponde al 55,8%.</p> <p>INDICADOR: 55,8%. Indicador general en el informe preliminar a diciembre de 2021.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

FIRMAS



EDGAR SALVO SANCHEZ VILLEGAS
REPRESENTANTE LEGAL



MARIA CLARA MARTINEZ R
PROFESIONAL ESPECIALIZADA C.I.

Fecha: enero 05 de 2022