



Bogotá, 8 de Julio de 2021

Doctor
EDGARD SIERRA CARDOZO
CONTRALOR DE CUNDINAMARCA
E. S. D.

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

Cordial saludo.

la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana presento con radicado 20105300503 de 23 de diciembre de 2020, el 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 y conforme lo que estableció en la resolución 0330 de 2017, adjunta el informe de avance correspondiente al periodo diciembre 29 de 2020 hasta 28 de junio de 2021.

Con la expedición de 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, transcribió el Plan de mejoramiento aprobado, al formato Plan de Mejoramiento código: PM01-PR11-F02- VERSIÓN: 2.0, elaborado por la Contraloría de Cundinamarca.

Para 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 medición de la EFECTIVIDAD, que nos ayudara a identificar los beneficios de la estrategia y si se están logrando los impactos previstos; solo podremos establecerla una vez se dé aplicabilidad y desarrollo a las actividades del plan de mejoramiento aprobado, por lo cual estaremos evaluándola a finalizar la vigencia del Plan de mejoramiento.

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)





Con lo anterior, al presentar el informe de avance al Plan de Mejoramiento aprobado por el Ente de Control 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 comprobación de los desarrollos y avances de cada una de las actividades y/o acciones de mejora, registrando un avance del **85.09** y cumplimiento de veintiuna (21) de las actividades y/o acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento aprobado.

Nota: Anexo 16 folios + 1 CD

Atentamente,



EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
Gerente

Reviso: Yetica H.



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
	0.0
	0.00

Entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

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 DCH. SOPORTE: Comprobantes Deterioro de Cartera	No. de Comprobantes de deterioro generados / Total Comprobantes Generar del deterioro la vigencia * 100	Junio de 2021 y Diciembre de 2021	Junio de 2021	Diciembre 2021		Subdirector de Contabilidad	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 A junio 15 e 2021 se realizó comprobante contable No. 4- deterioro de cartera No. 3. INDICADOR: Numero de comprobantes con deterioro generado / Total de comprobantes a generar * 50% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		2. Cuatrimestralmente Depurar terceros procedentes de la Cuenta contable 1385 del Difícil recaudo, previo análisis y soportes del Área de Cartera, que soportan la disminución del 20% SOPORTE: Fichas Técnicas con comprobante de Ajuste	No. de fichas técnicas verificadas y ajustadas por el Comité de Cartera, que soportan la disminución del 20% de la cuenta 1385 Difícil recaudo.	abril a diciembre de 2021	abril de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Subdirector de Mercadeo y contratación de servicios de salud - Subdirector de Contabilidad	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Con acta del comité de Cartera, realizado el 28 de diciembre de 2020 se presenta el informe de la conciliación jurídica (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 toma se analiza 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 difícil recaudo. Con ficha 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 difícil recaudo de la entidad Fondo Financiero Distrital de salud MIT 800246953 a favor de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. En su artículo primero se ordena el castigo y ajuste por valor de \$1.375.427.689. INDICADOR: A diciembre de 2020 la cuenta 1385 registró un saldo de \$23.700.809.626. Indicador 50%. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA

Copia

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. Realizar cuatrimestralmente conciliaciones entre los módulos de cartera y contabilidad de los saldos (2) ERP más representativos de cada uno de los cinco (5) Ejecutivos que gestionan el cobro y recaudo incluyendo gestión realizada en partidas por definir 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 2021		Subdirector de Mercado y contratación de servicios de salud - Subdirector de Contabilidad	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Añza	A JUNIO DE 2021 Se han realizado para el primer cuatrimestre de 2021, a) ASMET SALUD, ENSANAR, b) COOSALUD, ALIANZA MEDELLIN, ANALISIS TECNICOS LTDA; c) ADRES CONSORCIO SAPP; 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
		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 2021		Director Financiero Subdirector de Mercado y contratación de servicios de salud (cartera) Subdirector de Contabilidad	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Añza	A JUNIO DE 2021 Se han realizado, vía correo electrónico, sesenta y seis notificaciones de saldos a Secretarías de Salud, E.S.E. Aseguradoras, Fundaciones, Gobernaciones, MALLINAS, MEDIMAS, ECOOPSOS, CONVIDA, MALLINAS, MEDIMAS, ECOOPSOS, CAPRESOCA, CAPITAL SALUD, Medicina Prepagada SURA, entre otras. El total de las entidades con obligaciones de pago es de 172, de las cuales 10 representan el 75% de la cartera que abudará a la E.S.E. INDICADOR: Numero de notificaciones 66 / total de entidades con obligaciones de pago 172 = 38% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		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 cargue de ordenes de servicio.	Actas de reuniones de trabajo	enero a diciembre de 2021	enero de 2021	Diciembre 2021		Líder de proyecto de Facturación	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Añza	A JUNIO DE 2021 Se vienen realizando actas de reuniones para el primer bimestre con: Fisioterapia, laboratorio, cardiología, neurología, radiología, gastroenterología, ginecología (plan cargo), farmacia, para el segundo bimestre se han realizado con Ginecología, Fisioterapia, Farmacia, además de reuniones para la información del aplicativo, la refinanciación y cartera. INDICADOR: once (11) actas de reuniones con áreas que intervienen en el cargue de ordenes de servicio CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		6 (2). Cargar al 100% las ordenes de servicio en el aplicativo DGH (priorizar laboratorio y radiología) SOPORTE: informe	Ordenes de servicios cargadas/ total ordenes servicio *100	enero a diciembre de 2021	enero de 2021	Diciembre 2021		Dirección científica Procesos misionales	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Añza	A JUNIO DE 2021 En imágenes diagnósticas en los meses de enero a mayo de 2021, las ordenes generadas son 31.359 y ordenes cargadas 30502, lo que indica que el 98.4% de las ordenes son cargadas. En laboratorio clínico son solicitadas a través de DGH 166.184 y cargadas 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 asisten para toma de los mismos y/o autorización correspondientes EPS. INDICADOR: Ordenes de servicios cargadas 173.165 / ordenes de servicios generadas 197.583 = 87.64% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA

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>OPINION DE LOS ESTADOS FINANCIEROS</p> <p>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.</p> <p>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 Sistema Documental Contable.</p> <p>Causa: En la auditoría se encontró que las observaciones se debían a las siguientes situaciones: la cartera sigue desajustada a la realidad económica de la entidad, la falta de inclusión de activos en el inventario de bienes que impide realizar un cortejo entre los registros en la contabilidad con la realidad económica y la falta de parametrización de los módulos del sistema financiero para el cálculo de los costos.</p> <p>Efecto: Opinión con salvedades sobre la razonabilidad de los saldos de los estados financieros. Página 10 a la 38</p>	<p>7 (3) Verificar diariamente el cargue 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 de 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Líder de proyecto de Facturación	0	0	ABIERTA	Yelica Hernandez 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. INDICADOR: Numero de orden cargadas 1341187/ numero total de ordenes 134.360 = 99.8% CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p>
	<p>8 (4) Verificar diariamente el cargue de por lo menos del 50% de las ordenes de servicios de las pacientes hospitalizadas SOPORTE: Informe</p>		Informe mensual del cumplimiento de la actividad.	enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre de 2021		Líder de proyecto de Facturación	0	0	ABIERTA	Yelica Hernandez Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>En el mismo informe del cargue 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 DSH 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 cargue de estancia se realiza a diario. CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p>
	<p>9 (5) Realizar trimestralmente cruces de información de las ordenes de servicio proveniente 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 de 2021		Líder de proyecto de Facturación	0	0	ABIERTA	Yelica Hernandez Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>En abril de 2021 se realizó cruce los saldos del modulo de facturación y el modulo de contabilidad en donde se refleja el cargue y revisión de todos los servicios prestados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. INDICADOR: Una Acta CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p>
	<p>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 modulo de facturación (que incluya ordenes de servicios y cargue de facturación) con la verificación de las inconformidades, generadas por el sistema de información Dinámica General. SOPORTE Planilla de Asistencia-Capacitación</p>		Valor de la glosa que corresponde a la vigencia 2021 versus el Febrero a la facturación diciembre de 2021 valor de la facturación radicada de la misma vigencia 2021	Febrero de 2021	Febrero de 2021	Diciembre de 2021		Subdirector de mercadeo y ventas de servicios de salud Líder de proyecto de Facturación - Subdirector de Sistemas	0	0	ABIERTA	Yelica Hernandez Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>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 veintidós servidores públicos el 23-02-2021; b) analistas, coordinadores, autorizaciones, auxiliares 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 de 2021) 43.353.779.244 *100 = 0.126% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</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
		11 (1). Mensualmente realizar Conciliación del Módulo de Contabilidad Vs. Módulo de Activos Fijos consolidado Bogotá, HRZ y UZF. SOPORTE Ases 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 Almacén Subdirector de Contabilidad	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	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 09-04-2021 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 = 6/12 = 50.0% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		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, Contingencia, etc.) consolidado Bogotá, HRZ y UZF. SOPORTE Formato Consolidado de Activos Fijos Nuevos	Numero de Formatos Consolidados de Activos Fijos Nuevos por Ingresados por cualquier modalidad /12*100	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	Dirección Administrativa Almacén (Gestión de bienes y servicios)	Líder de Proyecto Almacén	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	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
		13 (3). Realizar Inventarios Periódicos y aleatorios de activos fijos - con ajustes 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 Almacén (Gestión de bienes y servicios)	Líder de proyecto Almacén	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández 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
		14 (1). Entregar Cuatrimestralmente el Reporte de Actividades para cada Distribución del módulo DGH (7 desanotadas en el módulo número total de actividades del módulo *100)	Numero de Actividades desanotadas en el módulo número total de actividades del módulo *100	abril a diciembre de 2021	Abril de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Director Financiero (costos)	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	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 terceros, 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 terceros, 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

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 (Cerrado-C / Abierto-A)	DIRECCIÓN TECNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		15 (2). Cuatrimestralmente presentar Informe de Costos por Producto Priorizado Según Resolución 186 de 2020 de productos institucionales. SOPORTE: Documentos de Costo de productos Priorizados enviados a Mercadeo	Informes de costo de Productos Priorizados/total de Informes de costos en la vigencia*100	abril a diciembre de 2021	Abri de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Director Financiero (costos)	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Se presentan actas e informes de costos en las que han participado los subdirectores de Contabilidad y mercadeo 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, otorrinolaringología, ginecología, plan canguro, neurología, dermatología, banco de sangre, donación de órganos, lórax, neurociencia, cirugía plástica, oftalmología, vascular periférico, hemodinamia, paquete cadera, urología). INDICADOR: Informes de costo productos priorizados 11 / Total de costo en la vigencia 21 = 52,4% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		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	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 La revisión de los procedimientos se realizó por parte de la Subdirección de Contabilidad y trabajador en Misión que realizó actividades en Planeación y Garantía de la Calidad, se evidencia en acta No. 39 del 31 de mayo de 2021. INDICADOR: Un Acta de Seguimiento CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		2. Actualizar la Resolución de Facturación cuando sea pertinente. SOPORTE: Documento de evidencia Electrónica actualizada.	Una Resolución de Documento de Facturación Electrónica	Diciembre de 2021		Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Subdirector de Contabilidad - Líder de proyecto Facturación	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 El procedimiento 02GBS11-V4, baja de activos fijos se revisó, actualizó y fue aprobado con fecha 01-03-2021. INDICADOR: Un procedimiento CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		3. Revisar el Procedimiento 02GBS11 - BAJA DE ACTIVOS FIJOS SOPORTE: Acta Revisión del Procedimiento de 02GBS11 con planeación para determinar si es necesario la actualización.	Un Procedimiento bajo de activos fijos	Septiembre de 2021		Septiembre 2021	Dirección de Administrativa Almacén (Gestión de bienes y servicios)	Líder de proyecto Almacén	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Se actualizó e formato de Conciliación Bancaria identificado con el código de documento 05CF12-V2 INDICADOR: Un documento. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		4 (1). Actualización del formato en donde se realizan las conciliaciones bancarias	Documento actualizado	Junio de 2021		Junio de 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Líder de proyecto Tesorería - Subdirector Contabilidad de Oficina Asesora de Planeación y gestión de elaborado calidad.	0	0	CERRADA	Yelica Hernández 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 / número total de conciliaciones 132 *100 = 56.81% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		5 (2). Seguimiento a las Conciliaciones Bancarias con pérdidas no mayores a 3 meses según lo establecido en el procedimiento. SOPORTE: Documento SOPORTE de las Conciliaciones Bancarias realizadas	Conciliaciones realizadas / No total de Mayo 2021 y Noviembre 2021 Conciliaciones realizadas * 100	Mayo 2021 a Noviembre 2021		Noviembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Líder de proyecto Tesorería - Subdirector Contabilidad	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández 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 / número total de conciliaciones 132 *100 = 56.81% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA

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 (Cerrado-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		6. Realizar cuatrimestralmente seguimiento de las vigencias anteriores y la actual de los procesos jurídicos entregados por parte del área de cartera 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 de 2021	Abril de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera) Oficina Asesora Jurídica (Gestión Jurídica)	Director Financiero	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Con acta No. 04 de 29 de abril de 2021 se realizó cruce de información de treinta y tres (33) procesos jurídicos en curso. INDICADOR: Número 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
		7 (1). Realizar antes el cierre la revisión a la prefectura SOPORTE Informe de la revisión	Numero total de prefecturas revisadas / total de facturas de cerradas en el mes.	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Líder de facturación	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández 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 analizado 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 al 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 generan 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
		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 inmediatamente anterior / Facturación mensual del mes anterior.	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021		Líder de facturación	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández 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) 60.437.989.522 *100 = 71,73% CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		9. 1. Revisión y actualización del procedimiento de la Provisión Contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y tramites Arbitrales SOPORTE:	Procedimiento actualizado	1er semestre de 2021	Enero de 2021	Junio de 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera) Oficina Asesora Jurídica (Gestión Jurídica).	Jefe Oficina Asesora Jurídica	0	0	CERRADA	Yelica Hernández 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 02GJ15V2 aprobado el 15-06-2021 INDICADOR: Procedimiento actualizado CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		10 (2). Realizar Documento cuatrimestral de Revisión Conjunta de los procesos de carrera y facturación con Gestión Jurídica para verificar la provisión de los litigios y/o demandas SOPORTE Actas de conciliación- Causación de la provisión	Valor de la provisión según el momento del litigio / valor del litigio a provisionar	abril a diciembre de 2021	Abril de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera) Oficina Asesora Jurídica (Gestión Jurídica).	Subdirector de Contabilidad/ Jefe Oficina Asesora Jurídica	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 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 \$3.600.623.286.6 y el valor de las provisiones según el procedimiento 02GF15V2 es de \$26.561.889.169.67 = 0,135% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA

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 TECNICA 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 vigencia 2020, la Comisión Auditora establece que el control interno contable de la E.S.E Hospital Universitario La Samaritana es deficiente.</p> <p>Clarificación: Se evidenció presunta falta de observancia a lo establecido en la Resolución 1952 del 05 de mayo de 2016 de la Contaduría General de la Nación y su anexo: "Por la cual se incorpora, en los procedimientos transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el procedimiento para la evaluación del control interno contable". Ley 1150 de 2007, artículo 19 que señala que "Las Entidades Estatales respetarán el orden de presentación de los pagos por parte de los contables". Ley 734 de 2002, artículo 34 "de los Deberes del servidor público", numerales 31 y 33.</p> <p>Causas: 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: que evidencian: falta de diseño de rutas de alimentación de la información contable, de conciliación, permanente de la información registrada en los estados financieros para asegurar que dicha información corresponda con la realidad económica de la entidad, de depuración permanente de la información, de revelación en las notas a los estados financieros, del inventario de riesgos y acciones de mitigación en los procesos financieros, en el levantamiento de procedimientos para procesos no identificados como las donaciones, en el seguimiento al cumplimiento de requisitos en el trámite de pagos, en el cumplimiento del derecho a turno para pago y en la identificación de riesgos en nuevos procedimientos, así como de su repercusión en la salud de los pacientes.</p> <p>Efecto: Opinión en control interno contable deficiente. Página de la 38 a la 62</p>	<p>11 (1). Realizar trimestralmente Cruce de la información simultáneamente incluyendo a Cartera, Objeciones y Contabilidad, registrando las cifras con el detalle de los hallazgos y las acciones de mejoramiento a ejecutar.</p> <p>12 (2). Gestionar con el área de Sistemas, suministrar los reportes generados actualizadamente y estructurar un reporte único que funcione para el cualquier tipo de consulta.</p> <p>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 suministrar los cruces manuales con archivos del mismo aplicativo.</p> <p>14. Monitorear y Actualizar la matriz de Riesgos y controles del proceso de Gestión Financiera. SOPORTE: Informe de monitoreo y actualización y controles actualizada 2021 de los riesgos y controles.</p>	<p>Conciliación entre los módulos de Contabilidad y las Objeciones</p> <p>Un reporte consolidado de DGH del módulo cartera / objeciones</p> <p>Un reporte generado Junio de 2021</p> <p>Una Matriz de Riesgos y controles actualizada 2021</p>	<p>de Marzo a diciembre de 2021</p> <p>Junio de 2021</p> <p>Junio de 2021</p> <p>de Diciembre de 2021</p>	<p>Marzo de 2021</p> <p>Junio de 2021</p> <p>Junio de 2021</p> <p>Diciembre 2021</p>	<p>Diciembre 2021</p> <p>Junio de 2021</p> <p>Diciembre 2021</p>	<p>de</p> <p>de</p> <p>de</p> <p>de</p>	<p>Director Financiero (Gestión financiera)</p> <p>Director Financiero (Gestión financiera)</p>	<p>Director Financiero Subdirector de Mercado y contratación de servicios de salud</p> <p>Director Financiero</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>ABIERTA</p> <p>CERRADA</p> <p>ABIERTA</p> <p>CERRADA</p>	<p>Yelica Hernández Ariza</p> <p>Yelica Hernández Ariza</p> <p>Yelica Hernández Ariza</p> <p>Yelica Hernández Ariza</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 COLUMENA FOSYGA, FINSEMA, ENDISALUD, ASMET SALUD, CONSORCIO SANYP2011; lo mismo que para el primer trimestre (abril de 2021) se realizó el cruce del módulo de objeciones frente al módulo de contabilidad.</p> <p>INDICADOR: Un acta de conciliación, que contenga 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>JUNIO DE 2021</p> <p>Se ha solicitado vía correo electrónico la solicitud de inactivar los reportes de glosa y estructurar un reporte único transversal, para ello se vienen 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 cruces áreas de objeciones" (03-06-2021)</p> <p>INDICADOR: Un reporte consolidado de DGH del módulo cartera / reportes</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p> <p>JUNIO DE 2021</p> <p>Con incidencia No. 65190 y correo 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".</p> <p>INDICADOR: Se viene realizando gestión para el desarrollo del reporte de DGH.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 1</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p> <p>A JUNIO DE 2021</p> <p>En febrero de 2021 se realizó reunión de Actualización, seguimiento y capacitación de la matriz de Riesgos del proceso de gestión Financiera; se actualizó la matriz de riesgos del proceso y publica en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA en mayo de 2021.</p> <p>INDICADOR: Una matriz de riesgos del proceso de Gestión Financiera actualizada.</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>

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
		15. Elaborar el procedimiento para 02GBSX - RECEPCIÓN VERIFICACIÓN VISTOS BUENO ACEPTACIÓN Y REGISTRO DE DONACIONES SOPORTE: Procedimiento elaborado, Revisado, Aprobado y Publicado en ALMERA	Un Procedimiento aprobado y socializado	Junio de 2021	Junio de 2021	Junio de 2021	Dirección Administrativa Almacén / Gestión de bienes y servicios	Líder de proyecto Almacén	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Se anexa procedimiento elaborado, revisado y aprobado 02GBSX-14-V1 '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 Activos fijos, bienes de consumo medicamentos e insumos en el mes de abril de 2021 y en el mes de junio de 2021 a nueve servidores públicos del Hospital Regional Zapaquirá. INDICADOR: Procedimiento aprobado y publicado. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		16. Actualización del Procedimiento 02GBS06 - IDENTIFICACIÓN Y CUSTODIA DE LOS BIENES ACTIVOS FLOS e INTANGIBLES DE la ESE Hospital Universitario de la Samaritana. SOPORTE: Procedimiento Actualizado, revisado, Aprobado y Publicado en la plataforma ALMERA	Procedimientos actualizados y socializados	Junio de 2021	Junio de 2021	Junio de 2021	Dirección Administrativa Almacén / Gestión de bienes y servicios	Líder de proyecto Almacén	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 El procedimiento 02GBS06-V3 IDENTIFICACION CUSTODIA DE LOS BIENES ACTIVOS FLOS se actualizo y aprobo el 01-03-2021 INDICADOR: Un procedimiento actualizado, aprobado, y publicado. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		17. Realizar custodiamente Inventarios Perdidos y aleatorios de activos Fijos - con ajustes 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 Almacén / Gestión de bienes y servicios	Líder de proyecto Almacén	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández 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, delensoria 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, numero de inventarios según cronograma 6 CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		18. Elaborar el procedimiento RECEPCION, VERIFICACION VISTO BUENO, ACEPTACION Y REGISTRO DE DONACIONES e INTERFASE UN CON CONTABILIDAD SOPORTE: Procedimiento Elaborado, Revisado, Aprobado y Publicado en la plataforma ALMERA	Procedimiento aprobado y socializado	Julio de 2021	Julio de 2021	Julio de 2021	Dirección Financiera Subdirección (Gestión financiera), Contabilidad (activos fijos)		0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Se anexa procedimiento elaborado, revisado y aprobado 02GBSX-14-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 pago, deben especificar al área de cuentas por pagar a partir de la vigencia del contrato el plazo establecido para giro (30,60 e 90 días). SOPORTE: Circular informativa.	Circular informativa	Marzo de 2021	Marzo de 2021	Marzo de 2021	Director Financiero (Cuentas por pagar)		0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Se realizo la circular informativa NO. 1202100000112500001 de 28 de junio de 2021 INDICADOR: Una Circular informativa 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	EFFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C/ Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
		20 (2). Revisión mensual de las carpetas de pago contratadas en el que se verifique el llenado de los requisitos para pago.	Revisión de los pagos realizados en el mes.	Diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Líder de Proyecto de Tesorería	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>La oficina Jurídica- contratación bienes y servicios, especialidades medicas 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. A 30 de junio de 2021 se la Auditoría de Gestión Documental del archivo de expedientes contractuales de 2021, se da cumplimiento del 100% del proceso de organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo.</p> <p>De la vigencia 2021 se han revisado y realizado pagos mensuales así: Enero 325, Febrero 652, Marzo 595, Abril 581, Mayo 438, Junio 621.</p> <p>INDICADOR: En el semestre se han revisado 3224 / pagos realizados 3.224 = 100%</p> <p>CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p>
		21 (3). Elaborar formato codificado para informar los requisitos necesarios para la elaboración de las ordenes de pago	Un Formato elaborado, Codificado y socializado	Junio a diciembre de 2021	Julio de 2021	Julio de 2021		Director Financiero- Cuentas por Pagar	0				
		1. Capacitar semestralmente a los directores, subdirectores y supervisores que intervienen en la Ejecución del Presupuesto	Capacitaciones Realizadas/ Capacitaciones a realizar * 100	Junio a diciembre de 2021	Junio de 2021	Diciembre 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Director Financiero (Presupuesto)	0				
		2 (1). Socializar el Procedimiento de Expedición de certificado de Disponibilidad y Registro Presupuestal al Área de Compras.	Procedimiento Socializado	Enero a abril de 2021	Enero de 2021	Abril de 2021		Director Financiero (Presupuesto)	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>En el mes de abril de 2021 se realizó la socialización del procedimiento 02GF1-VZ EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD Y RESGO PRESUPUESTAL a siete servidores públicos del área de compras.</p> <p>INDICADOR: Una Planilla de socialización.</p> <p>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	OBSERVACION
	<p>3 (2). Revisión mensual de las carpetas de pago contratadas en el que se verifique el llenado de los requisitos para pago.</p> <p>4. Crear formato codificado para informar los requisitos necesarios para la elaboración de los ordenes de pago.</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 esta transferencia se colcara un sello indicando fue por transferencia electrónica.</p> <p>SOPORTE documento informativo</p>	<p>3 (2). Revisión mensual de las carpetas de pago contratadas en el que se verifique el llenado de los requisitos para pago.</p> <p>4. Crear formato codificado para informar los requisitos necesarios para la elaboración de los ordenes de pago.</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 esta transferencia se colcara un sello indicando fue por transferencia electrónica.</p> <p>SOPORTE documento informativo</p>	<p>(1) Un Formulario Codificado y socializado</p> <p>Un Formulario Codificado y socializado</p>	<p>Diciembre de 2021</p> <p>Julio de 2021</p> <p>Abril de 2021</p>	<p>Enero de 2021</p> <p>Julio de 2021</p> <p>Abril de 2021</p>	<p>Diciembre 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>Dirección Financiera (Gestión financiera)</p>	<p>Supervisores de Contratos</p> <p>Director Financiero - Oficina asesora de Planeación y garantía de la calidad</p> <p>Líder de proyecto de Planeación y garantía de la calidad</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>ABIERTA</p> <p>CERRADA</p> <p>CERRADA</p>	<p>Yelica Hernández Ariza</p> <p>Yelica Hernández Ariza</p> <p>Yelica Hernández Ariza</p>	<p>A JUNIO DE 2021 La oficina Jurídica- contratación bienes y servicios, especialidades medicas 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 contratados 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. A 30 de junio de 2021 se la Auditoría de Gestión Documental del archivo de expedientes contractuales de 2021, se da cumplimiento del 100% del proceso de organización, clasificación, ordenación, foliación y expurgo. De la vigencia 2021 se han revisado y realizado pagos mensuales así: Enero 328, Febrero 662, Marzo 566, Abril 591, Mayo 438, Junio 621. INDICADOR: En el semestre se han revisado 3224 / pagos realizados 3.224 = 100% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</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 publicó y genero el formato orden de pago código de documento 05GFZ6-V1 y en todas las ordenes de pago se colcara un sello de transferencia electrónica. INDICADOR: Un Formateo codificado y socializado CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
	<p>6 (1) Capacitar semestralmente a las áreas intervinientes sobre el proceso de planeación, proyectar y ejecutar los ingresos y gastos en el periodo fiscal para dar cumplimiento a los planes programas y proyectos de inversión SOPORTE Planilla de Asistencia-Capacitación y gastos.</p>	<p>6 (1) Capacitar semestralmente a las áreas intervinientes sobre el proceso de planeación, proyectar y ejecutar los ingresos y gastos en el periodo fiscal para dar cumplimiento a los planes programas y proyectos de inversión SOPORTE Planilla de Asistencia-Capacitación y gastos.</p>	<p>Numero servidores públicos capacitados/ numero de servidores públicos que intervienen en la ejecución de ingresos y gastos.</p>	<p>Junio 2021 al diciembre de 2021</p>	<p>Junio de 2021</p>	<p>Diciembre 2021</p>	<p>Dirección Financiera (Gestión financiera)</p>	<p>Director Financiero (Presupuesto)</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>CERRADA</p>	<p>Yelica Hernández Ariza</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 publicó y genero el formato orden de pago código de documento 05GFZ6-V1 y en todas las ordenes de pago se colcara un sello de transferencia electrónica. INDICADOR: Un Formateo codificado y socializado CUMPLIMIENTO: 2 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
		7. (2). Entregar semanalmente a los supervisores, Directores, Subdirectores la ejecución de ingresos y gastos para monitorear el presupuesto de la entidad	Ejecución presupuestal ejecutada según lo establecido en la normalidad	Enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Abril de 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Director Financiero (Presupuesto)	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Via 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 2183 de 2004, la ejecución presupuestal con corte a Marzo de 2021 es de Total Ingresos \$46.849.199,140 y Total gastos \$66.014.527,104 CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
		8. Informar a los supervisores que en el momento de la radicación de los Soportes para pago, deben especificar el área de cuentas por pagar a partir de una vigencia del contrato el plazo establecido para informativa.	Una circular	Abril de 2021	Abril de 2021	Abril de 2021	Dirección Financiera (Gestión financiera)	Director Financiero (Cuentas por pagar)	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Se realiza la circular informativa No. 1202100000117500001 de 28 de junio de 2021 INDICADOR: Una Circular informativa CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
	1. Capacitación a los supervisores sobre sus funciones, Estatuto y Manual de contratación de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana. SOPORTES: Soportes Capacitación	Número de capacitaciones programadas "100"	31 de diciembre de 2021	31 de diciembre de 2021	Diciembre 31 de 2021	Diciembre 31 de 2021		Jefe oficina Asesora Jurídica	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Se realizaron en el mes de junio de 2021 ocho capacitaciones, en donde se capacitaron trece (13) supervisores INDICADOR: Número de capacitaciones realizadas B / número de capacitaciones programadas 15 = 53,33% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
	2. Actualización del Formato de informe de supervisión o interventoría de contratos 05GJ03-V2 aprobado por comité de compras y contratos y objeto de la supervisión (entregables) / Total de informes de supervisión por cada uno de los contratos.	Total de informes de supervisión con el análisis de cada una de las líneas contractuales objeto de la supervisión (entregables) / Total de informes de supervisión por cada uno de los contratos.	30 de marzo de 2021	30 de marzo de 2021	Marzo 30 de 2021	Marzo 30 de 2021	Oficina Asesora Jurídica (Gestión Jurídica)	Líder de Proyecto de Tesorería - Jefe oficina Asesora Jurídica	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 Se actualizó el formato Supervisión e Interventoría de Contratos 05GJ03-V3, el procedimiento "Ejecución Contractual" 02GJ01-V7, aprobado el 30/06/2021 INDICADOR : El indicador se vera reflejado en el segundo avance del Plan de mejoramiento, según informa el líder del proceso. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA
	AUDITORIA DE DESEMPEÑO Y CUMPLIMIENTO EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA INFORMES DE SUPERVISIÓN Condición: Respecto a los contratos seleccionados en la muestra y de acuerdo a las pruebas documentales aportadas por la Entidad que obran dentro de los expedientes contractuales, se observó que no reposan un informe periódico, listados, capacitaciones, etc., que indiquen el cumplimiento de los objetivos específicos, todos los expedientes de la muestra cuentan con un formato general de supervisión que no describe actividades para el cumplimiento ni observaciones presentadas durante la ejecución. Evidenciándose debilidades en los controles de supervisión, acorde con los lineamientos establecidos en el Manual de Contratación, supervisión e interventoría. 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: Dificultades 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 detonen el análisis de cada una de las líneas contractuales objeto de supervisión (financiero, legal, técnico, etc.). Efecto: Incumplimiento contractual no evidenciados en la supervisión. Página: 118-119	3. Socialización formato de informe de supervisión o interventoría de contratos 05GJ03 y de ejecución contractual 02GJ01 SOPORTE: Formatos de Socialización	Número de personas socializadas/ Número de personas a socializar.	31 de diciembre de 2021	Diciembre 31 de 2021	Diciembre 31 de 2021	Oficina Asesora Jurídica (Gestión Jurídica)	Jefe oficina Asesora Jurídica - Directora Administrativa	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Ariza	A JUNIO DE 2021 El formato 05GJ03-V2, el procedimiento 02GJ01-V7 se socializó en nueve (9) reuniones realizadas en el mes de junio de 2021 a veintidós (22) servidores públicos. INDICADOR Número de personas socializadas 38 / número de personas a socializar 46 *100 = 82,61% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA

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
5	<p>PUBLICACIÓN DE TODAS LAS ETAPAS CONTRACTUALES EN EL SECOPI:</p> <p>Condición: Al realizar la verificación en la muestra de contratación seleccionada (11 contratos) para la auditoría de la vigencia 2019, se verificó que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, realiza la publicación de los contratos en el SECOPI, teniendo en cuenta lo contemplado en el Capítulo XI, Artículo 40 del Estatuto de Contratación Acuerdo 008 de 2014 del 03 de junio de 2014, verificación que hace parte de los papeles de trabajo de esta auditoría. No obstante, el reporte al SECOPI se realiza de manera adelantada. Sin tener en cuenta los 3 días que da la normatividad.</p> <p>Criterio: Resolución 530 del 21 de diciembre de 2018, Manual de Contratación, Principio de Publicidad, Ley 1150 de 2007 Art. 3. Decreto 2474 de 2008, Art. 8.</p> <p>Causa: Falta de controles al interior de la entidad. Efecto: Incumplimiento de la norma.</p> <p>Página: 119</p>	<p>1. Modificación Procedimiento reporte de los documentos asociados procesos contractuales de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - SECOPI (02DE16V).</p> <p>SOPORTE: Procedimiento Modificado</p> <p>2. Socialización a quienes intervienen en el cargo de las informaciones, del Procedimiento socializadoras/ Número de personas socializadas/ Número de * personas a socializar * 100.</p> <p>SOPORTE: Formato de socialización.</p>	<p>Contratos y documentos asociados publicados dentro de los términos en las etapas precontractual y contractual / total de contratos.</p>	1er trimestre de 2021	Enero de 2021	Marzo de 2021		Jefe oficina Asesora Jurídica -Directora Administrativa	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>El procedimiento 02DE16V 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</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
5			<p>Numero de personas socializadas/ Número de * personas a socializar * 100.</p>	2do trimestre de 2021	abril de 2021	Junio de 2021	Oficina Asesora Jurídica (Gestión Jurídica) Dirección Administrativa	Jefe oficina Asesora Jurídica -Directora Administrativa	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>En el mes de marzo de 2021 se realizó a dos servidores públicos la socialización del procedimiento 'reporte de contratos del HAS a través del aplicativo SECOPI' INDICADOR: Numero de personas socializadas 2 / numero de personas a socializar 2 *100=100% CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
		<p>3. Crear formato Informe trimestral publicación. SOPORTE: Formato Informe</p>	Un Formato informe	3er trimestre de 2021	Julio de 2021	Septiembre de 2021		Jefe oficina Asesora Jurídica	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>Se creo el formato INDICADOR: Un formato informe CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
6	<p>EVALUACIÓN A LA RENDICIÓN DE LA CUENTA MATRIZ DE LEGALIDAD</p> <p>Condición: Realizando el análisis a la matriz de legalidad que hasta la fecha se ha rendido en el aplicativo SIA OBSERVA se encuentra lo siguiente: Toda la contratación fue rendida bajo la modalidad de Régimen Especial, razón por la cual se hace la siguiente clasificación de acuerdo al procedimiento/causa, cantidad y cumplimiento. En el cuadro que está en el informe el total de los 1083 contratos relacionados, tan sólo seis cumplen el lleno de los requisitos legales en el aplicativo SIA OBSERVA. Así mismo, se evidenció que 12 contratos relacionados a continuación aparecen en la matriz de legalidad y no en la contratación, lo que permitió ver que se inició con la digitación del contrato y no se completó ni se eliminó. Por lo anterior expuesto, se dejó observación</p> <p>Criterio: Resolución No. 0097 de 29 de enero de 2016, Art.10 formatos e instructivos.</p> <p>Causa: Inadecuado seguimiento, control y supervisión en la rendición de cuentas al momento de realizar el reporte de la información.</p> <p>Efecto: Duplicidad en la calidad de la información reportada a través de los aplicativos SIA CONTRALORIAS y SIA OBSERVA.</p> <p>Página: 139- 137</p>	<p>1. Hacer revisión y ajuste a la matriz de legalidad. SOPORTE: Acta de revisión y ajuste</p> <p>2. Crear formato Informe trimestral publicación. SOPORTE: Formato Informe</p>	<p>Contratos publicados en el SIA OBSERVA con el lleno de los requisitos legales / total de contratos.</p>	1er trimestre de 2021	Enero de 2021	Marzo de 2021	Oficina Asesora Jurídica (Gestión Jurídica) Dirección Administrativa	Jefe oficina Asesora Jurídica, Asesora Dirección Administrativa	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>En acta 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 SIAOBSERVA con el lleno de los requisitos legales 390/ total contratos 390*100 = 100%. CUMPLIMIENTO: 2</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p>
			<p>2. Crear formato Informe trimestral publicación. SOPORTE: Formato Informe</p>	1er trimestre de 2021	Enero de 2021	Marzo de 2021	Jefe oficina Asesora Jurídica, Asesora Dirección Administrativa	Jefe oficina Asesora Jurídica, Asesora Dirección Administrativa	0	0	CERRADA	Yelica Hernández Ariza	<p>A JUNIO DE 2021</p> <p>Se creo el formato trimestral de publicación INDICADOR: Contratos publicados en el SIAOBSERVA con el lleno de los requisitos legales 390/ total contratos 390*100 = 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
7	<p>EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO</p> <p>Control débil</p> <p>Condición: La entidad auditada para su calificación como herramienta el documento de metodología de la Función Pública, estableciendo una calificación en el diseño de 57 puntos, lo que permite ejecución de control débil, señalando que el control no se ejecutó por parte de los responsables y tampoco hay un adecuado seguimiento, por lo anterior expuso la comisión auditora esta observación.</p> <p>Criterio: la Ley 187 de 1993 Normas para el ejercicio de Control Interno y la Ley 173 de 2015 Art. 133 Modelo Integrado de planeación y gestión.</p> <p>Causa: Debilidad en la revisión y seguimiento a los responsables de los procesos.</p> <p>Efecto: se incrementa la posibilidad de no tomar decisiones y acciones en la mejora continua de las actividades.</p> <p>Pág. 145</p>	<p>1. Publicación oportuna de la matrices de riesgos Institucional y por procesos en el Sistema Integral de calidad ALMERA, vigencia 2021.</p> <p>2. Informe trimestral de la ejecución de las actividades del programa de Gestión y Administración del riesgo, que incluya el seguimiento, monitoreo y revisión de la efectividad de los controles.</p> <p>3. Elaboración de Plan de mejoramiento para la vigencia 2021, que atienda las recomendaciones realizadas por la oficina de Control Interno en la Auditoría de Seguimiento a Riesgos y controles vigencia 2020.</p>	<p>Alcanzar una calificación de 85 puntos en el diseño de los controles que permita tener una ejecución moderada del control.</p>	<p>Enero a Febrero de 2021</p> <p>enero a diciembre de 2021</p> <p>Primer semestre de 2021</p>	<p>Enero de 2021</p> <p>Enero de 2021</p> <p>Enero de 2021</p>	<p>Febrero de 2021</p> <p>Diciembre 2021</p> <p>Junio de 2021</p>	<p>Oficina Asesora de Planeación y líderes de los procesos.</p> <p>Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</p> <p>Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>CERRADA</p> <p>ABIERTA</p> <p>ABIERTA</p>	<p>Yelica Hernández Ariza</p> <p>Yelica Hernández Ariza</p> <p>Yelica Hernández Ariza</p>	<p>A JUNIO DE 2021 La publicación de las matrices de riesgos de ventisiete (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. 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 quirúrgicas, 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 registró 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. 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. CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: CERRADA</p> <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 Samantiana. 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. CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p>		

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
		4. ELABORACIÓN de Informe de manera trimestral del Director HRZ, coordinador UFZ, subdirectores, líderes de proyecto y líderes de proceso sobre el monitoreo, evaluación y seguimiento a los controles diseñados en las matrices de riesgos por proceso (de acuerdo al cronograma definido por cada Dirección). SOPORTE: Informe trimestral de monitoreo, evaluación y seguimiento a los controles identificados en las matrices de riesgo por proceso (de acuerdo a la estructura definida por la Dirección) radicado en Gerencia, Control Interno y Planeación y garantía de la calidad.	Numero de informes con el seguimiento y monitoreo a los controles diseñados en las matrices de riesgos de los procesos/Totales de informes a presentar de monitoreo y controles a los riesgos.	enero a diciembre de 2021	Enero de 2021	Diciembre 2021		Director HRZ, Subdirectores, líderes de proyecto y líderes de procesos, coordinador UFZ.	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Aiza	A JUNIO DE 2021 La Dirección Científica con fecha 8 e abril realiza el informe trimestral de monitoreo, evaluación y seguimiento a los controles de las matrices de riesgos de los procesos de Ayudas diagnósticas, Imágenes Diagnósticas, Esterilización, Banco de sangre, Subdirección de Educación Médica -proceso de Investigación, Atención Farmacéutica, Atención al paciente quirúrgico, Atención al paciente Hospitalizado, Gestión Financiera, facturación y recaudo, Control Interno, realizaron un informe de monitoreo y seguimiento a marzo de 2021 INDICADOR: Numero de informes con seguimiento y monitoreo de las matrices de riesgos por proceso 12 /total de informes a presentar de seguimiento y monitoreo de los controles (26*4) 104 = 11,54% CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		5. Realización de los comités de Institucionales de gestión y desempeño en el que incluye la revisión de la matriz de riesgos institucional. SOPORTE: Actas del Comité	Actas de reuniones realizadas / Actas de reuniones programadas	20 de marzo a 22 de diciembre de 2021	Mazo 20 de 2021	Diciembre 22 de 2021		Dirección Científica, Dirección Administrativa, Dirección Financiera, Dirección Atención al Usuario, Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, Jefe oficina Asesora Jurídica, Jefe Oficina Asesora de Control Interno.	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Aiza	A JUNIO DE 2021 El 29 de marzo de 2021 se realizó reunión del Comité Institucional de gestión y Desempeño, en esta reunión el orden del día es: integración del Comité, las funciones, los líderes de las políticas, Responsabilidades de los líderes, sustitución de Comités, el Plan anual de implementación y mantenimiento MIPS, del que hace parte la Gestión del riesgo, el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, y proposiciones y votos. El Comité se reunió de forma ordinaria una vez cada tres meses previa convocatoria de la Secretaría Técnica INDICADOR: Reuniones realizadas 1 / Actas de reuniones programadas 4 *100 = 25,0% CUMPLIMIENTO: 2 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA
		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,	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.	0	0	ABIERTA	Yelica Hernández Aiza	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 al paciente Hospitalizado, realización 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. 13 procesos 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% CUMPLIMIENTO: 1 ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA

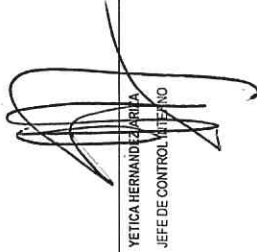
N° hallazgo	Descripción del hallazgo	Acción de mejora	Indicador de Cumplimiento (Meta)	Tiempo de Ejecución Programado (Meses)	Fecha inicial de la Acción	Fecha terminación de la Acción	Dependencia donde se realiza la acción	Cargo Responsable	CUMPLIMIENTO	EFECTIVIDAD	ESTADO DE LA ACCIÓN (Cerrada-C / Abierta-A)	DIRECCIÓN TÉCNICA RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
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 87 de 1993 "Normas para el ejercicio del control interno" y Ley 173 Modelo integrado de Planeación y Gestión.</p> <p>Causa: Deficientes procesos de auto control y auto gestión en la E.S.E. Elicio. Bajo seguimiento en el mejoramiento de los planes de auditorías internas del Hospital de la Sumatrina</p> <p>Pág. 144-146</p>	<p>2. Informe trimestral radicado a la Gerencia y a las Direcciones, de las acciones de mejora desarrolladas y documentadas. Vs hallazgos y/o observaciones de los Informes de Control Interno de acuerdo a las directrices emanadas por la Gerencia y las Direcciones.</p> <p>SOPORTE: Informes trimestrales del desarrollo de las acciones de mejora ejecutadas trimestralmente mensual</p>	<p>hallazgos y/o observaciones identificados en los informes del control interno que requieren plan de mejoramiento</p>	<p>08 de febrero a 15 de diciembre de 2021</p>	<p>Febrero 08 de 2021</p>	<p>15 de Diciembre de 2021</p>	<p>Dirección Administrativa Dirección Financiera Dirección de Atención al Usuario Dirección Científica Oficina asesora de Planeación y Calidad - Oficina Asesora Jurídica - Oficina asesora Jurídica</p>	<p>Director HRZ- Subdirectores líderes de proyecto líderes de procesos, coordinador UFZ.</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>ABIERTA</p>	<p>Yelica Hernández Ariza</p>	<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 ratifica 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 identificados en los informes de Control Interno (Vigencia 2020) 203 = 17%</p> <p>CUMPLIMIENTO: 1</p> <p>ESTADO DE LA ACCIÓN: ABIERTA</p>
			<p>Número de informes radicados/número total de informes a ser radicados en la Gerencia</p>	<p>31 de diciembre de 2020</p>	<p>Mazo de 2021</p>	<p>Diciembre 31 de 2021</p>	<p>Dirección Administrativa Dirección Financiera Dirección de Atención al Usuario Dirección Científica Oficina asesora de Planeación y Calidad - Oficina Asesora Jurídica - Oficina asesora Jurídica</p>	<p>Jefe de oficina de Control Interno</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>ABIERTA</p>	<p>Yelica Hernández Ariza</p>	<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 05 de 2021 la "Informe de revisión de observaciones realizadas en Auditorías Informes 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>4. Informar a la Gerencia y la oficina de planeación y calidad cada 3 meses el avance del cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno.</p> <p>SOPORTE: Informes de Gestión de los líderes de los procesos e informe de la Oficina Asesora de Planeación.</p>	<p>Porcentaje de avance de cumplimiento de los planes de mejoramiento.</p>	<p>31 de diciembre de 2020</p>	<p>Marzo de 2021</p>	<p>Diciembre 31 de 2021</p>	<p>Jefe de oficina de Control Interno - Jefe Oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad - Jefe Oficina Asesora Jurídica - Director Administrativo - Director Financiero - Director de Atención al Usuario - Director Científico / Todos los Líderes de procesos de la E.S.E.</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>ABIERTA</p>	<p>Yelica Hernández Ariza</p>	<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' 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 (nuevo) 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, vía email, informo los avances de las acciones de su plan de mejora; radicaron 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>	

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
		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. SOPORTE: Informe radicado en Gerencia y seguimiento realizado en ALMERA.		Marzo a Diciembre 2021	Marzo de 2021	Diciembre 31 de 2021		Jefe Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad	0	0			

FIRMAS



EDGARDO SANDOZ SANCHEZ VILLEGAS
REPRESENTANTE LEGAL



YETICA HERMANDEZ ARIZA
JEFE DE CONTROL INTERNO

Bogotá, Julio 07 de 2021