

Al contestar cite: 20191100123491



Tunja,

Doctora
LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
Gerente
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Ref. Informe seguimiento Planes de Mejoramiento con corte a 31 de Marzo de 2019

Cordial Saludo Doctora Lyda,

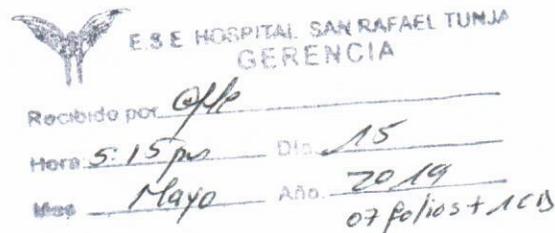
En cumplimiento a la Ley 87/1993, al Decreto 648 de 2017, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto envió informe de seguimiento a Planes de Mejora de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja con corte a 31 de marzo de 2019, según lo contemplado en la resolución interna No. 107 de 2018 y demás procedimientos internos de la entidad.

Atentamente,



LUZ DARY GUERRERO MORENO
Asesora de Control Interno
E.S.E. Hospital San Rafael Tunja

Anexo Informe Seguimiento Plan de Mejora (6 Folios y CD)



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA
Recibido por: Off
Hora: 5:15 pm Día: 15
Mes: Mayo Año: 2019
07 folios + 1 CD

Tunja, 13 de Mayo de 2019

Doctora

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

Gerente

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Ciudad

Ref. Informe de seguimiento a las acciones de mejora pendientes de cumplimiento suscritas en los planes de mejoramiento Institucional y funcional por procesos en la ESE Hospital San Rafael Tunja.

A continuación me permito presentar el informe de la referencia.

OBJETIVO

Evaluar el avance y nivel de cumplimiento en las acciones y metas suscritas en planes de mejoramiento institucional y funcional por procesos a 31/03/2019.

ALCANCES DE LA AUDITORIA

- ✓ Verificación sobre cumplimiento de las acciones de mejora suscritas en planes de mejoramiento.
- ✓ Revisión de series documentales, tablas de retención documental, procedimientos avalados por la oficina de calidad y demás evidencias.
- ✓ Exponer sugerencias y/o recomendaciones encaminadas al mejoramiento y cumplimiento de los planes suscritos evitando amonestaciones y/o sanciones por los entes de control.

PROCESOS Y/O ÁREAS INVOLUCRADAS

Subgerencia administrativa y financiera, Subgerencia de servicios de salud, Desarrollo de servicios, Calidad, Procesos y procedimientos, Financiera, Cartera, Facturación, Contratación, Gestión Jurídica, Almacén, Seguridad y salud en el trabajo, Gestión ambiental, PAMEC, Mantenimiento, Farmacia, Cirugía y sala de partos, SIAU, Epidemiología, Hospitalización, Programas Institucionales, Apoyo de Servicios de salud, Urgencias, sistemas, Gestión Documental.

METODOLOGÍA

La metodología para realizar el monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con corte al primer trimestre de la vigencia 2019, se encuentra establecida en la resolución interna 108 de 2018. Fue realizado el proceso de seguimiento, verificación y evaluación al interior de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, con base en lo siguiente: concertación con cada coordinador y/o líder responsable de proceso con el fin de llevar a cabo la verificación, revisión de las acciones que se encontraban en ejecución, vencidas y/o abiertas en los planes de mejoramiento. Se realizó visita en el lugar de trabajo del responsable de las acciones, posteriormente el proceso responsable hizo entrega de soportes y evidencias las cuales hacen parte de la matriz de registro, una vez se recolecta la información en las fuentes adecuadas, se tabula, analiza y se plantean las observaciones y/o recomendaciones correspondientes.

SOPORTES DE LA AUDITORIA

- ✓ Resolución Interna 108 de 2018
- ✓ Decreto 648 de 2017
- ✓ Decreto 1499 de 2017
- ✓ Tablas de retención documental
- ✓ Procedimientos aprobados por la entidad
- ✓ Documentación presentada por los procesos.

INTRODUCCIÓN

La oficina de control interno en su función de evaluación y seguimiento, establecida en la ley 87 de 1993 y el decreto 648 de 2017, realizó seguimiento y monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos con el fin de revisar el estado de avance de las acciones establecidas.

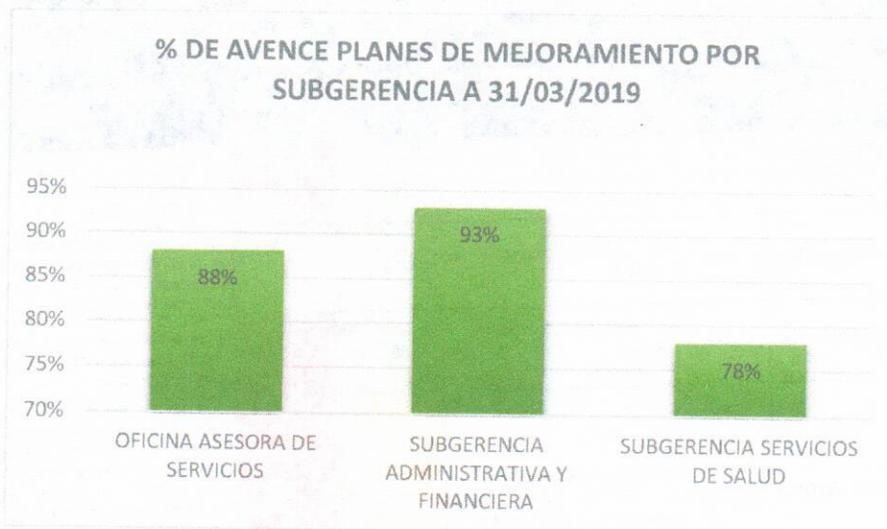
De acuerdo a la información contenida en la matriz de seguimiento planes de mejoramiento Institucional y funcional por procesos con acciones pendientes de cumplimiento, se consolidaron en total: 1 plan de mejoramiento de la vigencia 2015, 1 plan de la vigencia 2017, 17 planes de la vigencia 2018, finalmente 10 planes de la vigencia 2019. De este último grupo los planes que corresponden a urgencias suscrito en el mes de enero de 2019, financiera y Jurídica, no se le determinaron niveles de avance debido a que fueron suscritos recientemente y/o existen acciones de mejora que se encuentran en términos de cumplimiento; así como del plan adjunto de apoyo de servicios de salud, del cual no se realizó seguimiento debido a que no se encuentra aprobado por Gerencia; se recomienda a todos los procesos de la entidad, realizar verificación continua de los planes a cargo con el fin de garantizar su cierre efectivo, según lo previsto. La información consolidada surge como resultado de Informes de auditoría presentados por ICONTEC, Revisoría Fiscal, Control Interno, calidad y de los Informes de visita presentados por la Contraloría General de Boyacá y Secretaria de Salud de Boyacá.

RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO DE ACCIONES SUSCRITAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL Y FUNCIONAL POR PROCESOS.

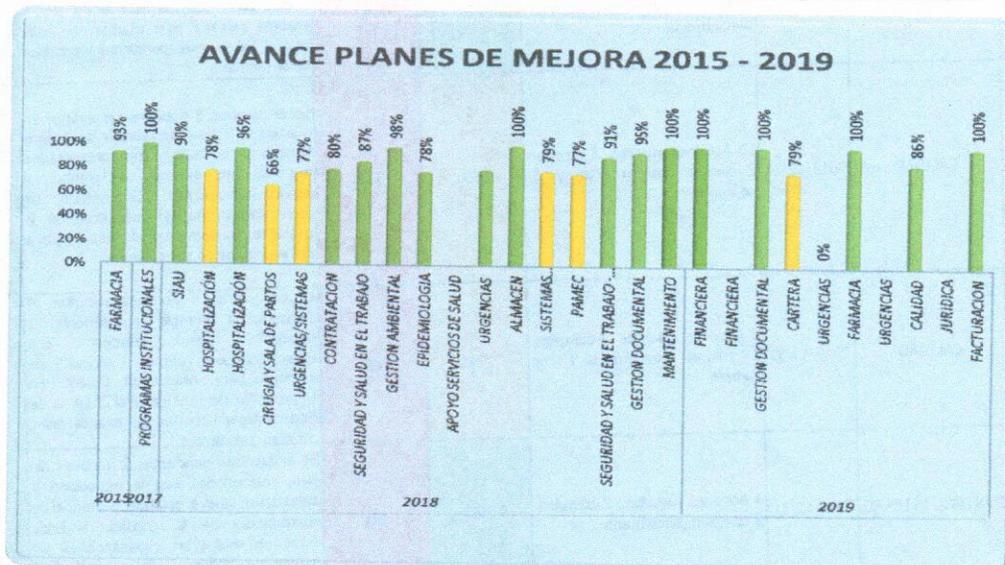
En desarrollo del programa anual de auditoria aprobado por el comité de control interno y calidad, se realizó el monitoreo a los planes de mejoramiento institucional y por procesos vigencias 2015-2019 con corte al

primer trimestre de la vigencia 2019, en los cuales se encuentran contenidas acciones correctivas, preventivas y de mejora establecidas para corregir desviaciones encontradas como resultado de auditorías internas y externas realizadas a la entidad, con el propósito de fortalecer la ejecución de los procesos y minimizar el riesgo en el desarrollo de la gestión institucional.

Como resultado del seguimiento y verificación realizado por la Oficina de Control Interno, en la siguiente grafica se observa avance de los planes de mejoramiento a 31 de marzo de 2019 por Subgerencia:



De los resultados obtenidos en la verificación realizada a cada una de las acciones propuestas y su nivel de avance (se adjunta *Matriz de seguimiento planes de mejoramiento Institucional/Procesos con las observaciones realizadas*), se observa el siguiente avance en cada uno de los planes abiertos.



Como se puede apreciar en la siguientes tabla, de un total de 29 planes de mejoramiento a 25 se le realizó seguimiento y evaluación, evidenciando que en algunos se ha dado cumplimiento de las acciones suscritas, algunas se han cumplido parcialmente, algunas no se cumplieron, y finalmente otras acciones se encuentran en términos de cumplimiento al momento de la verificación realizada (Ver archivo adjunto matriz de seguimiento Planes de mejoramiento con las observaciones realizadas).

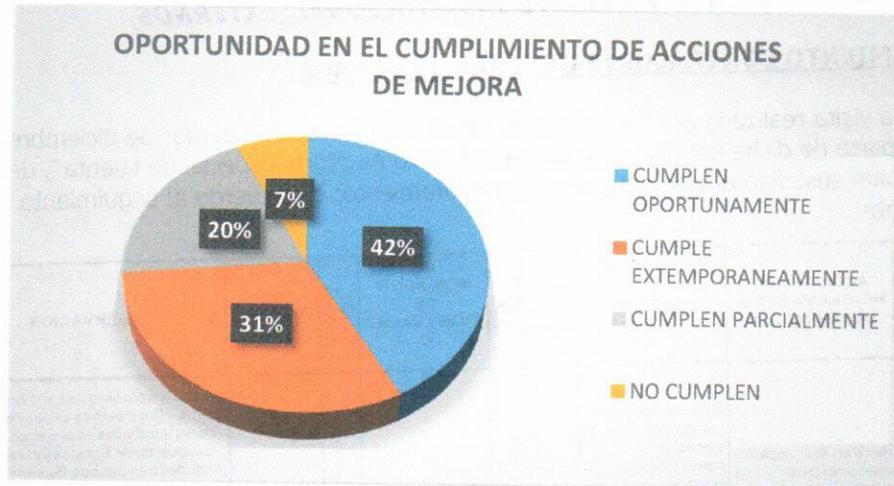
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA								
CODIGO: OACI-F-03		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS) - VIGENCIA 2015-2018						
VERSIÓN: 00								
VIGENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2019	% AVANCE 31/03/2019	CIERRE PLAN DE MEJORAMIE NTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2015	FARMACIA	CONTROL INTERNO / REVISORIA FISCAL	2015/12/31	Se encuentra 1 acción de mejora pendiente concerniente con el código de barras	93%	NO	Se encuentra 1 acción de mejora pendiente concerniente con el código de barras (IMPRESORA)	NO
2017	PROGRAMAS INSTITUCIONALES	CONTROL INTERNO	31/12/2017	17 acciones suscritas: 17 cumplen.	100%	SI	Cumple acciones planteadas en el plan de mejora pendientes, como la de la actualización de la resolución del programa de trombolisis.	NO
2018	SIAU	CONTROL INTERNO	2018/12/31	8 Acciones suscritas: 6 cumplen, 2 cumplen parcialmente	90%	NO	En seguimiento del mes de abril no se hicieron llegar soportes de avance de las acciones pendientes.	NO
2018	HOSPITALIZACIÓN	CONTROL INTERNO	2018/12/31	14 acciones suscritas: 7 cumplen al 100%, 5 cumplen parcialmente y 2 no cumplen	78%	NO	14 acciones suscritas: 7 cumplen al 100%, 5 cumplen parcialmente y 2 no cumplen, estas en relación con Desarrollo de reporte para entrega de turno medico a través de DMR. Actualizar procedimiento de revista médica teniendo en cuenta la definición permanencia o retiro de acompañantes en el momento de la revista y valoración por parte del especialista y la entrega de información al paciente y a la familia	NO
2018	HOSPITALIZACIÓN	CALIDAD	2018/08/10	11 Acciones suscritas: 9 cumplen al 100%, 2 cumplen parcialmente.	96%	NO	11 Acciones suscritas: 9 cumplen al 100%, 2 cumplen parcialmente, relacionadas con la marcación en el sistema servinte para marcar con color rojo el círculo correspondiente a prioridad de la atención.	NO
2018	CIRUGIA Y SALA DE PARTOS	CALIDAD	2018/12/31	13 Acciones suscrita, 8 cumplen 2 cumplen parcialmente y 3 no cumplen	66%	NO	Se encuentran 3 acciones sin avance en relación a: Acta de reunión de Análisis trimestral de código rojo presentados mensual de servicio, incluyendo al servicio involucrado, Socialización de protocolo de manejo nutricional de la gestante, Implementar el contacto piel a piel en los partos por cesárea	NO
2018	URGENCIAS/SISTEMAS	CALIDAD	2018/12/31	6 Acciones suscritas, 4 cumplen, 1 cumple parcialmente, 1 no cumple	77%	NO	se encuentran 6 acciones suscritas, 4 cumplen, 1 cumple parcialmente 1 pendiente en relación con Parametrización puntos críticos de atención para infarto en DM&R, En seguimiento del mes de abril 2019 no se hicieron llegar soportes de avance de las acciones pendientes.	NO
2018	CONTRATACION	CONTROL INTERNO	2018/12/31	4 Acciones suscritas: 2 cumplen, 2 cumplen parcialmente.	80%	NO	Se encuentran pendientes 2 acciones del plan, relacionadas con la expedición y aprobación nuevo estatuto y manual de contratación de la entidad, emitidos éstos se realice las capacitaciones en prevención sobre el daño antijurídico, según lo definido.	NO

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA								
CODIGO: DACI-F-03		MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS) - VIGENCIA 2015-2018						
VERSIÓN: 00								
VIGENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2019	% AVANCE 31/03/2019	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2018	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CONTROL INTERNO	2018/12/31	27 Acciones suscritas: 21 cumplen, 4 cumplen parcialmente, 2 no cumplen.	87%	NO	27 Acciones suscritas: 21 cumplen, 4 cumplen parcialmente, 2 pendientes relacionadas con seguimiento al impacto de las estrategias de sensibilización y evaluación inclusión de criterios de emergencias en el procedimiento de evaluación proveedores aplicables a SST.	NO
2018	GESTION AMBIENTAL	EXTERNO-ADRIANA RUIZ	2018/12/31	28 Acciones suscritas. : 27 cumplen, 1 cumple parcialmente,	98%	NO	28 Acciones suscritas. : 27 cumplen, 1 cumple parcialmente relacionada con el plan de trabajo 2019 que hace referencia al tem Agua Residual	NO
2018	EPIDEMIOLOGIA	CONTROL INTERNO	2018/12/31	4 Acciones suscritas: 2 cumplen, 2 cumplen parcialmente	78%	NO	4 Acciones suscritas: 2 cumplen al 100% 2 cumplen parcialmente relacionadas con el manual de Sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias y VSP-PT-04 Protocolo para la prevención de infecciones extravasculares asociadas al catéter venoso central y no se realizó análisis a la totalidad de IAAS para el 2018.	NO
2018	APOYO SERVICIOS DE SALUD	CONTROL INTERNO	2018/12/31	4 Acciones suscritas	-	NO	No se realiza seguimiento, Plan no ha sido aprobado por Gerencia, se recomienda presentar para proximo seguimiento ya que las acciones pendientes vienen de planes de mejoramiento de las vigencias 2016 y 2017	NO
2018	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	2019/01/31	4 Acciones suscritas: 2 cumplen y 2 cumplen parcialmente.	80%	NO	4 Acciones suscritas. , 2 cumplen parcialmente relacionadas con socializar protocolo "Triaje" Y orientación al usuario en el servicio de urgencias. Se recomienda replantear acción que subsane el hallazgo de información y orientación al usuario en el servicio.	SI
2018	ALMACEN	CONTROL INTERNO	2019/09/30	15 Acciones suscritas: 9 cumplen , 6 se encuentra en termino de cumplimiento.	100%	NO	15 Acciones suscritas: 9 cumplen , 6 en terminos de cumplimiento relacionadas con la elaboración de cronograma para realizar el inventario físico y actualizado con el sistema	NO
2018	SISTEMAS GEL	CONTROL INTERNO	2019/07/31	12 Acciones suscritas: 5 cumple, 1 cumple parcialmente, 6 se encuentran en términos de cumplimiento.	79%	NO	Teniendo en cuenta los avances registrados, es importante que se tenga en cuenta por el proceso y la entidad, el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Decreto 1078 de 2015, 1008 de 2018, así como lo definido en el Manual de Gobierno Digital del MinTIC. Así mismo, se realice verificación continua de las acciones definidas en el plan con el fin de alcanzar su cierre efectivo.	NO
2018	PAMEC	CONTROL INTERNO	2018/12/31	3 Acciones suscritas: 1 cumple , 2 cumplen parcialmente.	77%	NO	3 acciones suscritas: 1 cumple al 100% y 2 cumplen parcialmente, estas en relacionadas al cumplimiento de reuniones de los grupos de acreditación y del seguimiento de resultados por parte de la alta dirección.	NO

VIGENCIA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO I TRIMESTRE 2019	% AVANCE 31/03/2019	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES	NECESIDAD DE NUEVA ACCIÓN y/o (Cambio de Alcance)
2018	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - GESTION AMBIENTAL	ICONTEC	2019/12/31	20 Acciones suscritas: 15 cumplen, 1 cumple parcialmente, 1 no cumple, 3 se encuentran en términos de cumplimiento.	91%	NO	20 Acciones suscritas: 15 cumplen, 1 cumple parcialmente con relación a informes de inspección a las áreas de manipulación de alimentos, 3 se encuentran en términos de cumplimiento y 1 no cumple relacionada al informe de ejecución de contrato de obra para las intervenciones en el área de alimentación.	NO
2018	GESTION DOCUMENTAL	REVISORIA FISCAL	2019/12/31	6 Acciones suscritas: 5 cumplen, 1 cumple parcialmente.	95%	NO	6 Acciones suscritas: 5 cumplen, 1 cumple parcialmente con relación a realizar Copias de Seguridad de toda la información contenida en las TRD de la UPD	NO
2018	MANTENIMIENTO	SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ	2018/12/31	3 Acciones suscritas: 3 cumplen	100%	SI	Cumple acciones planteadas en el plan de mejora.	NO
2019	FINANCIERA	CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA	2019/06/30	4 Acciones suscritas: 4 Cumplen	100%	SI	Cumple acciones planteadas en el plan de mejora.	NO
2019	FINANCIERA	CONTROL INTERNO	2019/12/31	2 Acciones Suscritas: se encuentran en terminos de cumplimientos.	N.A.	NO	2 Acciones Suscritas: se encuentran en terminos de cumplimientos.	NO
2019	GESTION DOCUMENTAL	CALIDAD	2019/04/30	3 Acciones suscritas:3 cumplen	100%	SI	3 Acciones suscritas:3 cumplen .	NO
2019	CARTERA	REVISORIA FISCAL	2019/03/31	8 Acciones suscritas, 1 cumple, 5 cumplen parcialmente, 1 no cumple y 1 se encuentra en terminos de cumplimiento.	79%	NO	8 Acciones suscritas, 1 cumple, 5 cumplen parcialmente, 1 se encuentra en terminos de cumplimiento y 1 no cumple con relación a actualización de procedimientos.	NO
2019	URGENCIAS	CALIDAD	2019/12/31	2 Acciones suscritas: 2 se encuentran en terminos de cumplimiento	NA	NO	2 Acciones suscritas: 2 se encuentran en terminos de cumplimiento relacionadas en la portunidad en la atención de la consulta de urgencias según triage 2.	NO
2019	FARMACIA	CONTROL INTERNO	2019/08/31	5 Acciones suscritas: 3 cumplen, 2 se encuentran en terminos de cumplimiento.	100%	NO	5 Acciones suscritas: 3 cumplen, 2 se encuentran en terminos de cumplimiento, con relación	NO
2019	URGENCIAS	CALIDAD	2019/12/31	9 Acciones suscritas: 2 no cumplen y 7 se encuentran en terminos de cumplimiento.	0%	NO	9 Acciones suscritas: 7 se encuentran en terminos de cumplimiento y 1 no cumple con relación a revisión de guía síndrome coronario agudo, no se hace llegar soportes de avance por parte del lider de proceso.	NO
2019	CALIDAD	CONTROL INTERNO	2019/03/30	3 Acciones Suscritas: 1 cumple y 2 cumple parcialmente	86%	NO	3 Acciones Suscritas: 1 cumple y dos cumplen parcialmente con relación a la inclusión en el curso virtual de inducción la capacitación del manejo de la herramienta de gestión documental y documentos cargados en Daruma.	NO
2019	JURIDICA	CONTROL INTERNO	2019/06/30	7 Acciones Suscritas: se encuentran en terminos de cumplimientos.	N.A.	NO	7 Acciones Suscritas: se encuentran en terminos de cumplimientos.	NO
2019	FACTURACION	REVISORIA FISCAL	2019/12/31	2 Acciones suscritas: 1 cumple y 1 se encuentra en termino de cumplimiento.	100%	NO	2 Acciones suscritas: 1 cumple y 1 encuentra en terminos de cumplimiento.	NO

OPORTUNIDAD EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES ESTABLECIDAS EN PLANES DE MEJORAMIENTO.

Teniendo en cuenta los tiempos establecidos para el cumplimiento de las acciones de mejoramiento de cada uno de los planes, se observan 215 acciones suscritas, de las cuales 79 cumplen oportunamente, 59 cumple en tiempo extemporáneo, 37 cumplen parcialmente, 13 no cumplen (no se ha iniciado su ejecución) y 27 se encuentran en términos de cumplimiento, como se puede observar a continuación,



Los procesos responsables de los planes de mejoramiento suscritos en la oficina de control interno presentan el siguiente estado en cada una de las acciones suscritas,

SEGUIMIENTO OPORTUNIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA							
PROCESO RESPONSABLE	CIERRE PLAN DE MEJORAMIENTO	TOTAL ACCIONES	CUMPLEN OPORTUNAMENTE	CUMPLE EXTEMPORANEAMENTE	CUMPLEN PARCIALMENTE	NO CUMPLEN	EN TÉRMINOS DE CUMPLIMIENTO
ALMACEN	NO	15	9	0	0	0	6
BIOMEDICA	SI	5	5	0	0	0	0
CALIDAD	NO	6	1	1	4	0	0
CARTERA	NO	8	0	2	5	1	0
CIRUGÍA Y SALA DE PARTOS	NO	13	4	4	2	3	0
CONTRATACION	NO	4	0	2	2	0	0
EPIDEMIOLOGÍA	NO	4	2	0	2	0	0
FARMACIA	NO	5	0	2	1	0	2
FINANCIERA	NO	7	0	4	1	0	2
GESTION AMBIENTAL	NO	28	14	13	1	0	0
GESTION DOCUMENTAL	NO	9	3	5	1	0	0
HOSPITALIZACIÓN	NO	25	13	3	7	2	0
MANTENIMIENTO	SI	3	2	1	0	0	0
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	NO	27	10	11	4	2	0
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO- GESTION	NO	20	12	3	1	1	3
SIAU	NO	2	0	0	2	0	0
SISTEMAS	NO	12	0	5	1	1	5
PROGRAMAS INSTITUCIONALES	SI	1	0	1	0	0	0
URGENCIAS	NO	21	4	2	3	3	9
TOTAL		215	79	59	37	13	27

Es necesario que la institución defina lineamientos claros frente al incumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento, con el fin de subsanar los hallazgos en los tiempos establecidos y que éstos no reincidan en próximas auditorías internas. Así mismo que se definan las amonestaciones o sanciones por el incumplimiento en planes de mejoramiento externo, teniendo en cuenta que la institución se expone al riesgo de ser sancionada por incumplimiento en los planes de mejoramiento suscritos con entes de control externo.

PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL EXTERNOS

PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORÍA GENERAL DE BOYACÁ

Como resultado de la visita realizada por la Contraloría General de Boyacá en el mes de diciembre de 2018 fue presentado por parte de dicha entidad el "informe definitivo Auditoría Especial de cuenta", de acuerdo a lo anterior el Hospital suscribió el siguiente plan de mejoramiento; de acuerdo al seguimiento realizado se observa lo siguiente:

No. HALLAZGO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO ADMINISTRATIVO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO A DESARROLLAR	OBJETIVO	METAS	CRONOGRAMA DE	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	PLAZO (Máximo 8)	AREA RESPONSABLE	OBSERVACION	% DE CUMPLIMIENTO
1	De igual forma, en el formato de ejecución presupuestal de ingresos, probablemente se encuentran incorporados valores como recaudos efectivos que no ingresan a las cuentas bancarias de la Empresa, es el caso de los recursos sin situación de fondos, etc., conceptos y valores que la ESE debe informar sustentados con los documentos pertinentes, sin que en la etapa de controversia se haya informado al respecto, por lo que se determina el hallazgo administrativo No. 1 motivado en el incumplimiento del artículo 101 de la Ley 42 de 1993 y de la Resolución No. 010 de 2017	Realizar los registros presupuestales de ingreso y en caso de existir diferencias dejar la evidencia en la etapa de revelación (notas explicativas).	Conciliar los valores registrados en la ejecución presupuestal de ingresos con los ingresos recibidos en bancos y dejar plasmadas las cifras que presenten diferencias y sus respectivas explicaciones.	###	15 De Febrero de 2019	Acta de conciliación de ingresos presupuestales e ingresos de bancos.	30 de junio de 2019	1.Financiera - Contabilidad	Se efectuó proceso de conciliación de saldos, el cual permite evidenciar los valores registrados en la ejecución presupuestal de ingresos y el valor recaudado en bancos, dejando las observaciones de recaudos que no se reciben en bancos como lo son descuentos financieros, cruces de arrendamientos y cruces de servicios Públicos y las devoluciones de copagos. Se envió por parte de la institución acta de conciliación como soporte de la rendición de la cuenta reportada a la contraloría.	100%
2	Teniendo en cuenta la información señalada en el formato_201620_F07_AGR- ejecución presupuestal de gastos, la Empresa Social del Estado adquirió compromisos por \$103.791.277.351, obligaciones por \$103.597.746.998 y pagos por la suma de \$98.958.058.942, valor éste último que guarda correlación con los referidos en el formato_201620_F07_CDN- relación de pagos, por la suma de \$98.958.058.941. Sobre este último formato es necesario precisar que en este se relacionaron pagos a la DIAN por la suma de \$367.749.365 valor que no afecta el presupuesto de la Empresa, dado que según el instructivo de diligenciamiento del formato, las deducciones de estos impuestos que se efectúan a los diferentes pagos, atendiendo el estatuto tributario del Municipio y las ordenanzas Departamentales, los asume del acreedor, razón por la cual no afectan el presupuesto de la Empresa, por tanto, NO se deben reportar en el citado formato. En segundo lugar, las cuentas por pagar originadas en los ingresos recibidos de terceros pendientes por devolverse al cierre de la vigencia fiscal	Diligenciar el formato F07_CDN relacionando los giros efectuados a los contratistas, limitando el reporte de DIAN únicamente a los valores que afecten presupuesto de la entidad.	Diligenciar el formato F07_CDN de conformidad con la solicitud plasmada en el informe.	###	15 De Febrero de 2019	Formato diligenciado.	30 de junio de 2019	Tesorería	Se diligenció el Formato F07_cdn dejando a la DIAN únicamente los valores correspondientes a IVA que deben contar con Imputación presupuestal.	100%

No. HALL AZGO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO ADMINISTRATIVO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO A DESARROLLAR	OBJETIVO	ME T A S	CRONOGRAM A DE	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	PLAZO (Máximo 5)	AREA RESPONS ABLE	OBSERVACION	% DE CUMPLIMIENTO
3	En el mismo sentido, según la información reportada en el Estado Contable básico - Balance General y formato_201620_F01_AGR, la cuenta 2401- cuentas por pagar por adquisición de bienes y servicios, en la que se incluyen las cuentas que representan obligaciones que la ESE adquirió con terceros relacionadas con las operaciones que lleva a cabo en desarrollo de sus funciones de cometido estatal, refieren un saldo a 31 de diciembre de 2016 por valor de \$4.639.688.056, reconocidas en las subcuentas que se muestran a continuación, valor que si bien es cierto guarda correspondencia con el determinado de dar aplicación a lo establecido en el inciso 2° del artículo 6 del Decreto 4836 de 2011, también lo es que, este no corresponde a la totalidad de las cuentas por pagar constituidas al cierre de la vigencia 2016, lo que permite concluir que la información contenida en el aludido formato y como se advierte de la información contenida en el cuadro precedente se estipuló diferencia entre el saldo exigible determinado del ejercicio matemático de sumar el saldo anterior y los ingresos efectivamente recibidos durante la vigencia de estudio y el saldo disponible en libros de las cuentas bancarias, caja e inversiones temporales, por valor de \$672.753.370, del cual \$28.371.000 corresponde a recaudos por clasificar, \$7.665.000 a otros recaudos de terceros pendientes por devolver y \$118.868.000 a ingresos recibidos por anticipado en ventas y el valor restante se presume que debe corresponder a la diferencia entre el valor de los ingresos sin situación de Fondos y el valor de los pagos por el mismo concepto, es decir a \$517.449.370; sin embargo, en la etapa de controversia, se informa a este Ente de Control que los ingresos sin situación de Fondos sumaron \$2.123.770.120 y los pagos sufragados con estos recursos ascienden a \$2.649.331.487, valores y conceptos que fueron verificados y como resultado se determinó por un lado que, la sumatoria de los ingresos sin situación de fondos, NO es \$2.123.770.120, sino \$2.122.960.120 y los pagos sin situación	1. Realizar los registros contables de acuerdo con la norma asignada a cada cuenta, de egresos y gastos y en caso de existir situación anormal realizar la conciliación y dejar la evidencia en la etapa de revelación (notas explicativas), siguiendo los parámetros de la Contaduría Pública. 2. Realizar los registros contables de acuerdo con la norma asignada a cada cuenta, en caso de existir diferencias entre contabilidad y presupuesto se efectuara la conciliación y dejar la evidencia en la etapa	Plasmar las cifras financieras de la entidad de conformidad con la normatividad legal vigente y en caso de existir alguna situación que genere diferencias entre los valores reportados en cuentas por pagar presupuestales constituidas estas sean expuestas en las revelaciones de los estados financieros, las cuales forman parte integral de los mismos.	###	15 De Febrero de 2019	Revelaciones a los estados financieros resultante de las conciliaciones realizadas.	30 de junio de 2019	1.Financiera - Contabilidad	El 100% de las cuentas por pagar que se registran presupuestalmente se encuentran registradas en contabilidad, en el acta de conciliación se explican los saldos que contablemente se reportan como cuenta por pagar y no cuentan con presupuesto, las cuales son recaudos a favor de terceros.	100%
4	Como se advierte de la información contenida en el cuadro precedente se estipuló diferencia entre el saldo exigible determinado del ejercicio matemático de sumar el saldo anterior y los ingresos efectivamente recibidos durante la vigencia de estudio y el saldo disponible en libros de las cuentas bancarias, caja e inversiones temporales, por valor de \$672.753.370, del cual \$28.371.000 corresponde a recaudos por clasificar, \$7.665.000 a otros recaudos de terceros pendientes por devolver y \$118.868.000 a ingresos recibidos por anticipado en ventas y el valor restante se presume que debe corresponder a la diferencia entre el valor de los ingresos sin situación de Fondos y el valor de los pagos por el mismo concepto, es decir a \$517.449.370; sin embargo, en la etapa de controversia, se informa a este Ente de Control que los ingresos sin situación de Fondos sumaron \$2.123.770.120 y los pagos sufragados con estos recursos ascienden a \$2.649.331.487, valores y conceptos que fueron verificados y como resultado se determinó por un lado que, la sumatoria de los ingresos sin situación de fondos, NO es \$2.123.770.120, sino \$2.122.960.120 y los pagos sin situación	Realizar los registros de ingresos presupuestales y contables y en caso de existir diferencias dejar la evidencia en la etapa de revelación (notas explicativas).	Conciliar los valores registrados en la ejecución presupuestal de ingresos con los ingresos recibidos en bancos y dejar plasmadas las cifras que presenten diferencias y sus respectivas explicaciones.	###	15 De Febrero de 2019	Acta de conciliación de ingresos presupuestales e ingresos de bancos.	30 de junio de 2019	1.Financiera - Contabilidad	Se efectuó proceso de conciliación de saldos, el cual permite evidenciar los valores registrados en la ejecución presupuestal de ingresos y el valor recaudado en bancos, dejando las observaciones de recaudos que no se reciben en bancos como lo son descuentos financieros, cruces de arrendamientos y cruces de servicios Públicos y las devoluciones de copagos. Se envió por parte de la institución Acta de conciliación como soporte de la rendición de la cuenta reportada a la contraloría.	100%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO.

Como resultado del seguimiento realizado de los planes de mejoramiento Institucional y por Procesos vigencias 2015 - 2019, se tiene un cumplimiento general que corresponde al 85%.

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL/POR PROCESOS)	
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2015	93%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2017	100%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2018	86%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2019	81%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO (2015_2019 a 31/03/2019)	90%

Para la consolidación de la información se tuvo en cuenta la implementación de acciones de los planes de mejoramiento: Institucional, suscritos con la Contraloría General de Boyacá, Secretaría de Salud de Boyacá, Revisoría Fiscal, Por procesos, auditorías internas.

De los 29 Planes de mejoramiento presentados a la oficina de control interno, se realizó seguimiento y evaluación a 25 y los restantes se encuentran en términos de cumplimiento con corte 31 de marzo de 2019. De los planes evaluados se cerraron 4 que corresponden al 16%, y continúan abiertos 21 (84%), de los siguientes periodos: 1 de 2015, 15 de 2018 y finalmente 5 de 2019, adicional a los que como ya se mencionó no fueron evaluados cuatro (4) de 2018 y 2019, para un total de 25 planes abiertos a la fecha.

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO A 31 MAR 2019



OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES.

- El objetivo primordial del plan de mejoramiento es promover que los procesos de la entidad se desarrollen de forma eficiente y transparente a través de la adopción y el cumplimiento de las acciones correctivas o de la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo. Con base en los resultados presentados en el Informe producto del seguimiento efectuado, se recomienda a los procesos que han suscrito planes de mejoramiento verificar continuamente las acciones contenidas, su nivel de avance, términos de cumplimiento y soportes que serán presentados en una nueva verificación, especialmente de los planes en donde persisten acciones que no han alcanzado su cierre efectivo, contribuyendo en la

formación de una cultura de autocontrol como principio rector de la actividad diaria de los procesos para el mejoramiento continuo en la entidad, al tener relación directa con la gestión Institucional.

- ✦ Fortalecer las competencias de los líderes de proceso y sus equipos de trabajo en la identificación de causas que provocan las debilidades detectadas y en la formulación de las acciones de mejora a aplicar, con el fin de que las acciones planteadas incrementen la eficacia y eficiencia de la gestión en la implementación de esta herramienta para la institución de vital importancia, desde el punto de vista estratégico y complementario para la toma de decisiones.
- ✦ Fortalecer los controles y lineamientos institucionales frente al cumplimiento de Planes de mejoramiento suscritos internamente o externamente, con el fin de eliminar el riesgo de posibles sanciones a la institución por incumplimiento de éstos.

Segura de su valiosa atención, agradezco el compromiso permanente y la mejora continua con el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja.



LUZ DARY GUERRERO MORENO
Asesora de Control Interno
E.S.E. Hospital San Rafael Tunja

Realizo: Leonardo Parada Márquez

Copia vía mail: Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerencia de servicios de Salud y procesos involucrados.

ANEXO: Matriz de seguimiento planes de mejoramiento (Institucional/Procesos) con las observaciones realizadas y soportes en medio magnético.