

---

## **INFORME DE SEGUIMIENTO AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL-CDVC**

---



**SARA PATRICIA ARISMENDY MIRANDA**  
ASESORA DE CONTROL INTERNO  
Restrepo Valle, Febrero de 2023

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	CODIGO: 10024.1
	<b>OFICINA CONTROL INTERNO</b>	Versión: 03
	INFORMES	Página 2 de 7

## INTRODUCCIÓN

Conforme a lo dispuesto en el decreto 1083 de 2015, que reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1983, el decreto 648 de 2.017, y en lo establecido en la Resolución Reglamentaria No 018 de 2020 en el Capítulo III, artículo 6°, numeral 3 que prescribe: "Plan de Mejoramiento: Es la información que contiene el conjunto de las acciones correctivas y/o preventivas que debe adelantar un sujeto de control fiscal en un periodo determinado, para dar cumplimiento a la obligación de subsanar y corregir las causas administrativas que dieron origen a los hallazgos identificados por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, como resultado del ejercicio del proceso auditor." En el Capítulo IV. Responsables, artículo 9, Plan de Mejoramiento "Los jefes de entidad, los representantes legales, o quien haga sus veces en los sujetos de control y entidades territoriales, en donde la Contraloría Departamental del valle del cauca haya realizado procesos de vigilancia y control fiscal, en los que se establezca la obligación de suscribir y presentar un Plan de Mejoramiento Consolidado por Entidad o recursos según el caso, deben presentarlo con base en los resultados del respectivo proceso de vigilancia o control fiscal y sus avances semestrales."

El presente informe consolida la gestión realizada por la Oficina de Control Interno en el seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento con corte a 31 de enero de 2023 el cual se compone del siguiente plan de mejora:

### 1. OBJETIVO

Identificar los avances de las acciones correctivas y de mejoras definidas dentro del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría departamental del Valle, en el marco del fortalecimiento institucional y la mejora continua.

### 2. ANALISIS Y OBSERVACIONES

En concordancia con lo establecido en la Resolución No 005 de mayo 7 de 2021 con el objetivo de dar cumplimiento al reporte en el Sistema Integral de Auditorias - la Oficina de Control Interno emitió oficio interno de seguimiento a planes institucionales de mejoramiento-contraloría(OF.INT.OCI 005-2023 ) solicitando informar las acciones adelantadas por parte del área responsable para alcanzar el 100% de las metas propuestas dentro del Plan de Mejoramiento, siendo relevante conocer el avance final de las mejoras suscritas en el año 2021 cuya etapa de cumplimiento si bien se encuentra en estado avanzado, no alcanza aun el 100%, al igual que las presentadas en noviembre del año 2022, toda vez que debe darse dar cumplimiento íntegramente.



**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**  
**OFICINA CONTROL INTERNO**  
 INFORMES

CODIGO: 10024.1

Versión: 03

Página 3 de 7

Se evidenció que el cargue de la rendición de avance plan de mejoramiento se realizó directamente en la página de la contraloría dentro del plazo establecido se observó: Que el plan de mejoramiento, suscrito en Diciembre del año 2021, dentro del proceso de la Actuación de Fiscalización realizado por la Contraloria el cual ya tiene según los responsables un 100% de cumplimiento

<b>ACTUACION DE FISCALIZACION</b>	<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b> 29/12/2021
	<b>PERIODO AUDITADO: 2020</b>

ACCIONES		ESTADO	OBSERVACIONES DE LA RENDICION	SEGUIMIENTO OFICINA CONTROL INTERNO
1-Constituir reservas de apropiación presupuestal excepcionales.	1) En caso de presentarse eventos imprevisibles se constituirán reservas de apropiación presupuestal excepcionales al cierre de la vigencia 2021; antes del 20 de enero del 2022.	100%	Nota aclaratoria: Para vigencia 2021 no hubo necesidad de constituir reservas de apropiación presupuestal por lo que consideramos que el hallazgo y la acción de mejora no aplica	Se verifico en el cierre fiscal 2021 Anexo 03-B Reservas de apropiación (excepcionales) que la Entidad no constituyó reservas. (formato_202101_acf_cdvc_reservas apropiacion)
2-Realizar los pagos solo cuando se cuente con el recurso completo y no de forma parcial.	2) Pagar la nómina contando con el total del recurso para que al hacer los descuentos; quede en tesorería los recursos para trasladar a sus beneficiarios.	100%	Para la vigencia 2021 no se pagó parcialmente la nómina y se puede evidenciar en el anexo reserva de caja del cierre fiscal	Se verifico en el cierre fiscal 2021 Anexo 03-C Reservas de Caja , que la entidad no pagó la nómina ya que no se contaba con el total del recurso. formato_202101_a cf_cdvc_reservade caja Evidenciándose déficit fiscal en la vigencia
3-No hacer unidad de caja con recursos de terceros	3) No hacer unidad de caja con recursos de terceros pues no son recursos de la entidad.	100%	No se hizo unidad de caja con recursos de terceros así mismo se puede verificar en el balance de prueba que se pagaron	Se verificó en el cierre fiscal 2021 en el Anexo 05-B Conciliación Reservas con





**MANUAL DE PROCESOS Y  
PROCEDIMIENTOS**  
**OFICINA CONTROL INTERNO**  
INFORMES

CODIGO: 10024.1

Versión: 03

Página 4 de 7

			todas las deducciones de nómina.	tesorería constatando que la entidad no hizo unidad de caja con recursos de terceros. formato_202101_a cf_cdvc_reservaco ntesoreria
4-Fuentes de financiación reconocidas	4) Procurar; en la medida del recaudo que las cuentas por pagar tengan fuente de financiación reconocida.	100%	Debido al incremento en los costos del material médico-quirúrgico y el aumento en la contratación del personal asistencial (vacunación covid-19) en el marco de la pandemia sumado a esto el incremento en las acreencias con las EPS las cuales algunas están liquidadas.	Se evidencia que en la medida del recaudo realizaron pagos(Ejecuciones presupuestales) Sin embargo comprometen recursos sin tener el flujo de efectivos
5-Generar alertas correctivas.	1) Alertar sobre la conformación al cierre de la vigencia de la constitución de cuentas por pagar sin recursos en tesorería para su pago.	100%	Alertas emitidas a través de la presentación de informes a los diferentes entes de control (contraloría contaduría Supersalud gobernación 2193 (trimestral) junta directiva (bimensual) página web (estados financieros).	Se evidencio la presentación de informes (estados financieros-página Web). Informes a la contraloría, contaduría entre otros.  Sin embargo estas acciones no permiten realizar el respectivo control y seguimiento a los riesgos en el proceso del cierre fiscal en el cual se evidencia que aun este riesgo es alto y se sigue materializando
6-Generar alertas correctivas.	2) Alertar para que se generen al cierre de la vigencia cuentas por pagar de terceros con el	100%	Alertas emitidas a través de la presentación de informes a los diferentes entes de control (contraloría contaduría Supersalud	Se evidencio la presentación de informes (estados financieros-página



	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	CODIGO: 10024.1
	<b>OFICINA CONTROL INTERNO</b>	Versión: 03
	INFORMES	Página 5 de 7

	recurso en tesorería para el traslado a su beneficiario.		gobernación 2193 (trimestral) junta directiva (bimensual) página web (estados financieros).  Web). Informes a la contraloría, contaduría entre otros.  Sin embargo estas acciones no permiten realizar el respectivo control y seguimiento a los riesgos en el proceso del cierre fiscal en el cual se evidencia que aun este riesgo es alto y se sigue materializando
--	--	--	--

Que el plan de mejoramiento, suscrito en noviembre del año 2022, dentro del proceso de la Actuación de Fiscalización realizado por la Contraloria presenta el siguiente avance:

<b>PLAN INSTITUCIONAL DE MEJORAMIENTO</b>	<b>ESTADO: VIGENTE</b>
<b>ACTUACION DE FISCALIZACION</b>	<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b> 28/11/2022  <b>PERIODO AUDITADO: 2021</b>
<p>Cuentas por pagar-El hospital al cierre de la vigencia fiscal 2021 en la fuente de recursos propios constituyo cuentas por pagar de orden presupuestal por \$990.027.645 la entidad solo contaba con recursos en tesorería para el apalancamiento de \$29.867.361 generando déficit fiscal en esta fuente por \$960.160.284 evidenciando problemas de liquidez (flujos de caja).</p> <p>Debilidades del sistema de Control interno Al evaluarse el control fiscal interno al proceso de cierre fiscal del sistema financiero contable y presupuestal del Hospital se determinó con deficiencias al obtener una calificación de 1.6 sobre la calidad y eficiencia del mismo evidenciando la no realización de una evaluación periódica que apunte a la identificación y aplicación eficiente de los controles al proceso de cierre fiscal y desconocimiento e interiorización de los conceptos del sistema de control interno componentes que operativiza el sistema.</p> <p>Ausencia de mecanismos de seguimiento y control que no permiten advertir y corregir las deficiencias de manera oportuna causando incertidumbre de la situación financiera del ente auditado</p> <p>Deficiencias en la interiorización de conceptos de cada uno de los componentes del MECI (Ambiente de control Administración del riesgo Actividades de control y actividades de monitoreo).</p>	



**MANUAL DE PROCESOS Y  
PROCEDIMIENTOS**  
**OFICINA CONTROL INTERNO**  
INFORMES

CODIGO: 10024.1

Versión: 03

Página 6 de 7

ACCIONES	OBSERVACION DE LA RENDICION	RESPONSABLE	ESTADO	SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO
Adoptar un reglamento interno de recaudo de la cartera siguiendo las directrices establecidas en las normas vigentes y así evitar el riesgo en la recuperación de carteras. Mejorar la gestión en el cobro de cartera a las diferentes EPS y realizar seguimiento periódico al proceso.	De acuerdo a la descripción de la actividad correctiva se está trabajando de forma continua en la gestión del cobro de cartera a las EPS y se realiza el permanente seguimiento.	Subgerencia administrativa y financiera	60%	Se encuentra en etapa de elaboración.
Procurar en la medida del recaudo que las cuentas por pagar tengan fuente de financiación reconocida	De acuerdo al recaudo de cartera se han realizado diferentes pagos a las cuentas por pagar y se puede evidenciar en las ejecuciones presupuestales de gastos	Subgerencia administrativa y financiera	60%	Se evidencia que en la medida del recaudo realizaron pagos (ejecuciones presupuestales)
Fomentar la cultura del Autocontrol por medio de Capacitaciones folletos circulares motivación a todo el personal de la institución.	Se tiene programada una charla de autocontrol en el primer semestre del año	Subgerencia administrativa y financiera	0%	Por ejecutarse.
Fortalecer mejorar y estructurar el mapa de riesgo institucional	Se viene trabajando en el mapa de riesgo	Subgerencia administrativa y financiera	40%	Se encuentra en etapa de revisión.
Auditoria del Gasto y clasificación del riesgo financiero.	se tiene programado dos reuniones de comité y dos auditorías en el primer semestre del año	Subgerencia administrativa y financiera	0%	Por ejecutarse
Comités y auditorías que permitan la revisión del comportamiento financiero así mismo realizar informes comparativos que se establezcan alertas temprana.	Se tiene programado dos reuniones de comité y dos auditorías en el primer semestre del año.	Subgerencia administrativa y financiera	0%	Por ejecutarse

### 3. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Un plan de mejoramiento incluye una serie de procesos que deben ser atendidos en orden cronológico y derivar en unos resultados conforme a lo observado por la entidad de control, la entidad debe establecer las metas para la superación de los escenarios







**MANUAL DE PROCESOS Y  
PROCEDIMIENTOS**  
**OFICINA CONTROL INTERNO**  
INFORMES

CODIGO: 10024.1

Versión: 03

Página 7 de 7

que hacen parte de los hallazgos correspondientes a las auditorias internas y externas que se realicen a la entidad; así como publicar de manera constante en la página web los resultados de dichos procesos. El principal objetivo del plan de mejoramiento es de originar que los procesos de la Entidad se desarrollen de forma eficiente y transparente a través de la adopción y 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, la oficina de control interno de la ESE Hospital San José de Restrepo Valle recomienda a los líderes y/o responsables de los procesos que han suscrito planes de mejoramiento el verificar continuamente las acciones allí contenidas, su nivel de avance, términos de cumplimiento y soportes que serán presentados ante una nueva verificación, especialmente de aquellos planes en donde persisten acciones que no han alcanzado su cierre efectivo; contribuyendo de esta manera en la formación de una cultura de autocontrol y seguimiento permanente de las acciones formuladas y/o autocontrol como principio rector de la actividad diaria de los procesos a cargo y del mejoramiento continuo de la Entidad.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los Diez (10) días del mes de febrero del año 2023.

**SARA PATRICIA ARISMENDY MIRANDA**  
Asesora de Control Interno - E.S.E. Hospital San José