

INFORME DE LABORES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

01 de ENERO A 31 de DICIEMBRE 31 DE 2020

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
1. ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.....	3
1.1 Plan Anual de Auditorías Internas de Evaluación y Seguimiento.....	4
1.2 Ejecución Auditorias programadas	4
1.3 Ejecución Informes programados	11
1.4 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO.....	12
1.4.1 Seguimiento a planes de mejoramiento derivados de auditorías internas de Control Interno.....	12
2. ROL DE ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO	14
3. VALORACION DEL RIESGO	15
4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL	17
5. RELACION CON LOS ENTES DE CONTROL.....	18
5.1 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA	18
5.2 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO SUPERSALUD.....	26
5.3 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA	29
6. RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA.....	31
7. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL DE LAS ACTIVIDADES A CARGO DE LA OCI ...	32
8. REPORTE A LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE	33
10. INDICADORES DE GESTION PROCESO DE CONTROL INTERNO	36
RECOMENDACIONES.....	38

INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Control Interno (OCI) contribuye de manera efectiva al mejoramiento continuo del proceso de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander, mediante la actividad independiente, objetiva de evaluación y asesoría, teniendo en cuenta que la gestión debe guardar la debida independencia para garantizar la objetividad de sus evaluaciones y seguimientos, enmarcada todas sus actividades en las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 para las Oficinas de Control Interno en la asesoría, evaluación y acompañamiento a las áreas así como en el mejoramiento continuo para el cumplimiento de la misión institucional; por otra parte el Decreto 648 de 2017 enmarca los roles de las Oficinas de Control Interno y bajo esa normatividad se da a conocer la gestión realizada en el año 2020, donde se resaltan las acciones dirigidas por el Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno como líder del macroproceso de Gestión de control, con el propósito de medir la efectividad y economía de los controles establecidos para el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, bajo los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación.

De esta manera, se incorpora el Control Interno como un soporte Administrativo esencial, orientado a garantizar el logro de los objetivos de la ESE Hospital Universitario de Santander y del estado en su conjunto, fundamentado en el cumplimiento de los principios que rigen la administración pública en especial los de eficiencia, eficacia, moralidad y transparencia; en la coordinación de las actuaciones entre las diferentes entidades que los conforman, preparándolo adicionalmente para responder a los controles de orden externo que le son inherentes y en especial al Control Ciudadano.

A continuación, se desarrollan las actividades realizadas para el cumplimiento en cada uno de los roles de la Unidad de Control Interno a fecha de entrega.

1. ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se realizó y aprobó en el Comité Coordinador de Control de Control Interno, mediante acta de fecha diciembre 16 de 2019, el Plan anual de Auditorías de Control Interno, para la vigencia 2020, basada en riesgos, explicando cuales fueron las técnicas tenidas en cuenta para realizar la programación, así:

- a. Ponderación de Riesgos: Se realizó un análisis del mapa de riesgos Institucional, se tuvieron en cuenta los riesgos en nivel algo y extremo.
- b. Requerimientos del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno: Se socializó el proyecto de plan anual de auditorías y los miembros del comité solicitaron incluir la Auditoria de Sistemas.
- c. Requerimientos de los entes reguladores: Se realizó análisis a los informes de auditoría emitidos por los entes de control y se priorizaron los procesos que estaban relacionados con los hallazgos del informe.
- d. Fecha de la última auditoria: Se estableció plan de rotación de acuerdo a la ponderación del riesgo y el resultado de la última auditoría realizada.

Se definió tres (3) modalidades de Auditorias así:

Auditorías Internas: Las cuales son programadas en el Plan Anual de Auditorias y son realizadas en cada proceso.

Auditorias Especiales: las que se realizan por solicitud expresa del señor Gerente, de algún Subgerente, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y a un tema puntual que se considere crítico.

Auditorías combinadas: Corresponden a las auditorías realizadas en acompañamiento con la Oficina Asesora de Calidad.

1.1 Plan Anual de Auditorías Internas de Evaluación y Seguimiento

El Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno aprobó el 12 de diciembre de 2019, según acta No. 03, el Programa Anual de Auditorías para la vigencia, que correspondió a 25 auditorías, y 44 informes de ley.

Ante la emergencia decretada a raíz de la pandemia originada por el COVID-19, se hizo necesario priorizar nuevamente las auditorías a realizar y suspender transitoriamente algunas debido a la imposibilidad física y/o tecnológica para desarrollarlas ajustando el Plan Anual de Auditorías bajo las nuevas condiciones operacionales de la ESE HUS, considerando las circunstancias del entorno y los lineamientos impartidos, tanto por el Gobierno Nacional, Función Pública, Departamental y Gerencia.

Es por ello, que, después del análisis realizado, el Plan Anual de Auditorías ejecutado en el 2020 correspondió a 27 auditorías y 43 informes.

Es importante anotar que además de lo anterior se desarrollaron actividades que no estaban inicialmente contempladas en el Programa Anual de Auditorías, que obedecen a cambios normativos, solicitudes especiales de la Gerencia y/o disposiciones de los diferentes entes de control.

Igualmente, la Oficina Asesora de Control Interno apoya a las demás oficinas y subgerencias cuando así lo requieran y participa en los comités según lo programado por la Entidad y los demás informes que sean requeridos por esta, por Gerencia y por información de terceros sobre presuntas irregularidades.

1.2 Ejecución Auditorías programadas

Conforme al Plan Anual de Auditorías vigencia 2019 se relacionan las auditorías realizadas:

AUDITORIA	PROG	EJEC	DES	PTES	% EJECUCIÓN
Auditoria Talento Humano	1	1	0	0	100%
Auditoria Presupuesto	1	1	0	0	100%
Auditoria Contabilidad	1	1	0	0	100%
Auditoria Facturación	1	1	0	0	100%
Auditoria Cartera	1	1	0	0	100%
Auditoria Tesorería	1	1	0	0	100%
Auditoria costos	1	1	0	0	100%
Auditoria Docencia - Servicio	1	1	0	0	100%
Auditoria Apoyo Diagnóstico Especializado	1	1	0	0	100%
Auditoria Farmacia	1	1	0	0	100%
Auditoria Mantenimiento	1	1	0	0	100%

AUDITORIA	PROG	EJEC	DES	PTES	% EJECUCIÓN
Auditoria Servicios básicos	1	1	0	0	100%
Auditoria Gestión Documental	1	1	0	0	100%
Auditoria Jurídica	1	1	0	0	100%
Arqueo Cajas menores	4	4	0	0	100%
Auditoria Hemocentro	1	1	0	0	100%
Auditoria Interventoría de contratos	1	1	0	0	100%
Auditoria procedimiento de facturación contrato 402/2019	1	1	0	0	100%
Auditoria Producto ALYX Hemocentro	1	1	0	0	100%
Auditoria Subgerencia de Servicios Médicos	1	1	0	0	100%
Auditoria Subgerencia Servicios Quirúrgicos	1	1	0	0	100%
Auditoria Subgerencia Mujer E Infancia	1	1	0	0	100%
Auditoria cumplimiento de agenda-Consulta externa	1	1	0	0	100%
Auditoria Subgerencia De Alto Costo	1	1	0	0	100%
TOTALES	27	27	0	0	100%

Se programaron 27 auditorías de las cuales hay 27 ejecutadas, para un 100% de cumplimiento.

A continuación, se relaciona las recomendaciones generales que surgieron de cada una de las auditorías realizadas:

AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria de Talento Humano	<p>Tuvo como objetivo una revisión selectiva y aleatoria de los principales procedimientos que integran el proceso de TALENTO HUMANO y otros ítems, una vez realizada la verificación, se listó un hallazgo y una serie de observaciones que deben ser revisadas y analizadas en aras de mejorar el proceso institucional.</p> <p>Como resultado 1 Hallazgo referente a la utilización de estampilla equivocada en certificación laboral.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Cerrado</p>

AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria Presupuesto	<p>tuvo como objetivo una revisión selectiva y aleatoria de los procedimientos de movimientos presupuestales y elaboración anual del presupuesto, del manejo de sus riesgos, actualización de documentación y otros, que integran el Proceso de Presupuesto, una vez realizada la verificación, quedaron en firme dos (2) Hallazgos que deben ser revisados y analizados en aras de mejorar el proceso institucional. De igual forma es imprescindible para el mejoramiento del proceso, tomar en cuenta los Hallazgos Administrativos realizados por la Contraloría General de la República, a los cuales se les hará el seguimiento reglamentario y periódico.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado Estado del plan de mejoramiento: Por suscribir</p>
Auditoria Contabilidad	<p>Tuvo como objetivo una revisión selectiva y aleatoria de los principales procedimientos, instructivos y otros, que integran el Proceso de Contabilidad. Una vez realizada la verificación, quedó en firma un hallazgo y además se listaron una serie de observaciones que deben ser revisadas y analizadas en aras de mejorar el proceso institucional.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado. Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Facturación	<p>La auditoría realizada arrojó inconsistencias en Ingresos Abiertos por Servicios Ambulatorios con cargue y sin cargues, facturas a particulares sin recuperación, hallazgos de las auditorías anteriores que presentan planes de mejoramiento sin finiquitar teniendo en cuenta que no se han subsanado las inconsistencias, el alto volumen tanto en valor como en cantidad de anulaciones de facturas persiste.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Cartera	<p>Deben generarse planes de contingencia por parte del personal de cartera para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr la conciliación total de glosas con las diferentes ERP, utilizando los mecanismos legales existentes y de conocimiento del área de cartera y del contratista operador del proceso. • Realizar la radicación definitiva de las facturas en estado de devolución. • Descargar los valores recaudados, dejando soporte de los listados remitidos por las diferentes ERP. En caso de aplicar el Decreto 1095 sobre dineros recaudados de EPS, dar cumplimiento a lo establecido en dicho decreto en lo referente al aviso a las EPS de los valores y facturas afectadas con su aplicación. <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Tesorería	<p>Tuvo como objetivo una revisión selectiva y aleatoria de los principales procedimientos, formatos, instructivos y otros, que integran el Proceso de Tesorería. Una vez realizada la verificación, no se presentaron Hallazgos de relevancia, simplemente se listaron una serie de Observaciones que deben ser revisadas y analizadas en aras de mejorar el proceso institucional.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado Estado del plan de mejoramiento: No fue necesario. Cerrado</p>

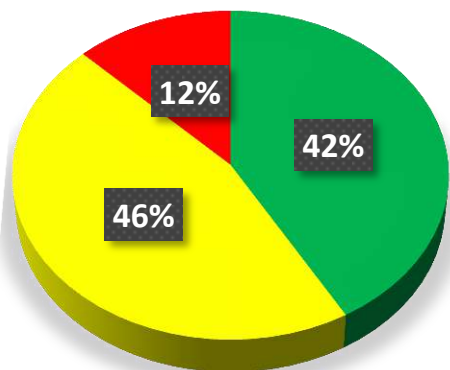
AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria Costos	<p>Tuvo como objetivo una revisión selectiva y aleatoria de los principales procedimientos que integran el proceso de COSTOS, una vez realizada la verificación, se listaron una serie de observaciones que deben ser revisadas y analizadas en aras de mejorar el proceso institucional. Teniendo en cuenta el resultado de la auditoría efectuada, se tiene que NO se hace necesario la elaboración de un Plan de Mejora.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado Estado del plan de mejoramiento: No fue necesario. Cerrado</p>
Auditoria Docencia - Servicio	<p>Tuvo como objetivo una revisión selectiva y aleatoria de los principales anexos, formatos, folletos, instructivos, procedimientos, programas y protocolos que integran el proceso de DOCENCIA Y SERVICIO y otros aspectos, una vez realizada la verificación, se listó dos hallazgos y cuatro observaciones, que deben ser revisadas.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Apoyo Diagnostico Especializado	<p>Tuvo como objetivo una revisión selectiva y aleatoria de los principales anexos, formatos, folletos, instructivos, procedimientos, programas y protocolos que integran el proceso de APOYO DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO y otros aspectos, una vez realizada la verificación, se listó un hallazgo y dos observaciones, que deben ser revisadas.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Farmacia	<p>Tuvo como objetivo una revisión selectiva y aleatoria de los principales anexos, formatos, folletos, instructivos, procedimientos, programas y protocolos que integran el proceso de FARMACIA y otros aspectos, una vez realizada la verificación, se listó tres (03) hallazgos y dos (02) observaciones, que deben ser revisadas.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Mantenimiento	<p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora. Estado del plan de mejoramiento:</p>
Auditoria Lavandería	<p>Se pudo evidenciar la falta de control en cuanto al manejo de ropa hospitalaria, tanto como la que entra y sale de lavandería, como la ropa de mayo entregada y usada en los diferentes servicios ya que, en repetidas ocasiones, se informa el déficit de ésta para poder desarrollar las labores asistenciales; adicional el incumplimiento de las actividades consignadas en el Procedimiento Manejo Interno de Ropa Hospitalaria (GAF-LV-PR-01) por parte del proceso auditado.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Cerrado</p>
Auditoria Gestión Documental	<p>Evaluada la aplicación de las normas vigentes en materia archivística en archivo central, se identificó mejoras y adecuado cumplimiento a la normatividad del Archivo General de la Nación.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado. Estado del plan de mejoramiento: Por suscribir</p>

AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria Juridica	<p>Se sugiere dar cumplimiento a los establecido en el Manual de Contratación, Manual de Interventoría y Supervisión y la Resolución 519 de septiembre 10 de 2019 Manual para el Manejo Administrativo de Inventarios ESE HUS, reforzarse las supervisiones tanto técnica como administrativa y financiera con el fin de que se cumplan los fines esenciales del Estado a través de la contratación pública.</p> <p>La información que reposa en los expedientes contractuales debe ser de fácil y expedita consulta de manera que permita establecer de manera clara y precisa el cumplimiento de los objetos contractuales, por lo cual se solicita realizar organización y actualización de todos los expedientes.</p> <p>De igual manera los registros de los contratos en Secop debe realizarse de manera oportuna y bajo los parámetros establecidos.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Cajas menores	<p>Se realizaron 2 arquezos de cajas menores.</p> <p>Como resultado de la Auditoría realizada se pudo evidenciar un manejo adecuado de las cajas menores autorizadas en la ESE HUS por parte de los responsables asignados.</p> <p>No se evidenciaron diferencias entre los reintegros realizados, los gastos realizados y los valores aprobados para cada una de las cajas menores aprobadas.</p> <p>Sin embargo, los reembolsos de la caja menor autorizada para GERENCIA, no se realizaron de manera oportuna limitando el uso de las mismas, por cuanto no existen fondos suficientes para los imprevistos a suplir.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado Estado del plan de mejoramiento: No fue necesario. Cerrado</p>
Auditoria Hemocentro	<ul style="list-style-type: none"> • Se pudo evidenciar durante el trabajo de campo realizado por el equipo auditor, que no hay control en el manejo de inventarios de los insumos y dispositivos médicos a cargo del Hemocentro. • Como consecuencia de esta falta de control por parte de los responsables, se generó un ajuste contable por \$1.035.194.387.86 para el cierre fiscal de la vigencia de 2019 que afectó en un solo mes el movimiento de inventarios de siete meses. • Adicional al ajuste mencionado, durante la visita realizada a las bodegas de Hemocentro por varias áreas de la ESE HUS, se encontró que \$427.069.164 no fueron descargados desde la fecha del ajuste para el cierre fiscal, hasta el 31/01/2020, lo cual ratifica la falta de control y seguimiento a los inventarios. • Se pudo determinar que no hay cabal cumplimiento al Instructivo de elaboración, aprobación y control de documentos del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (SOGCS) gestión del mejoramiento continuo gmc-gca-in-02 versión 4 mayo de 2019, ya que en el aplicativo Almera se encontró el MANUAL DE MANEJO DE INSUMOS BMS-S-14 desactualizado desde su fecha de elaboración en 2012. • El archivo documental que reposa junto a la bodega 019 del Hemocentro, no cumple con la normatividad de Gestión Documental. Se encontraron documentos sin archivar y en estado de posible deterioro. De igual manera dentro del cuarto de archivo, se hallaron equipos biomédicos que debería estar en uso o en caso de obsolescencia gestionar su baja. <p>Estado del control Interno del proceso: Inadecuado. Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>

AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria Interventoría de Contratos.	<p>Al realizar el levantamiento de inventario de cuentas en poder de la oficina de Interventoría Administrativa y Financiera, se detectaron cuentas recibidas por esta oficina desde el 18 de diciembre sin generación de la respectiva acta de interventoría y/o liquidación, lo cual denota desorden administrativo y falta de control desde la recepción de las cuentas hasta la generación de las respectivas actas.</p> <p>De igual manera se evidenciaron actas de interventoría y/o liquidación con anotación por parte de la Profesional Universitaria Interventoría Administrativa y Financiera cuestionando su validez, cosa que es desvirtuada al verificar la existencia de resoluciones de encargo por ausencia de los titulares por el día 31 de diciembre de 2019.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora. Estado del plan de mejoramiento: Negación a presentar plan de mejora, se traslada a Control Interno Disciplinario.</p>
Auditoría Procedimiento de Facturación contrato 402/2019	<p>La auditoría realizada a las obligaciones del contrato No. 402/2019 suscrito por la ESE HUS con UNION TEMPORAL HUS 2019 V-2 deja en evidencia la deficiente supervisión por parte del funcionario encargado para tal fin, al inobservar los incumplimientos en lo referente a seguridad social y pagos de salarios y poner en alto riesgo jurídico y financiero a la entidad, por cuanto podría esta ser objeto de demandas, denuncias y multas de manera solidaria por cuanto las actividades realizadas por los colaboradores de UT FACTURACION HUS 2019 V-2 son realizadas de manera permanente y directa dentro de las instalaciones de la ESE.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Inadecuado Estado del plan de mejoramiento: Cerrado</p>
Auditoria Producto ALYX Hemocentro	<p>Pudo evidenciarse la ausencia de control por parte del funcionario responsable del Hemocentro, sobre los inventarios y préstamos a terceros de dispositivos a cargo del proceso Hemocentro. Así mismo, las determinaciones son tomadas por un colaborador sin el visto bueno del responsable fiscal de los dispositivos.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Inadecuado Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Subgerencia de Servicios Médicos	<p>Los hallazgos encontrados evidencian la necesidad de mejorar el proceso de gestión de urgencias e internación a través de los líderes del área (enfermería y medico) en el proceso de supervisión y revisión permanente de las áreas que permita garantizar el adecuado control de insumos médicos y biomédicos, organización en orden y limpieza del área de prestación de cuidado médico y enfermería de forma permanente y sostenida, además de revisar los aspectos de talento humano que no se están cumpliendo y que son hallazgos tipo contractual lo anterior todo con el fin de generar las acciones correctivas que permitan mejorar los procesos misionales de la ESE-HUS.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora. Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Subgerencia Servicios Quirúrgicos	<p>Los hallazgos encontrados evidencian la necesidad de mejorar el proceso de gestión de los servicios asistenciales de quirófanos y cirugía general de la ESE-HUS que permita garantizar el adecuado control de dispositivos biomédicos y medicamentos médicos y biomédicos, organización en orden y limpieza del área de prestación de cuidado médico y enfermería de forma permanente y sostenidas además de revisar los aspectos de talento humano que no se están cumpliendo al 100% y que son hallazgos de tipo contractual todo con el fin de generar las acciones correctivas que permitan mejorar los procesos misionales de la ESE-HUS.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado. Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>

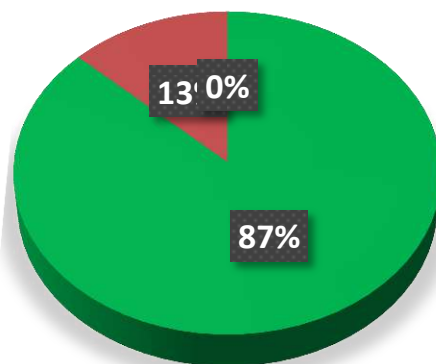
AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria Subgerencia Mujer e Infancia	<p>Los hallazgos encontrados evidencian la necesidad de mejorar el proceso de gestión de los servicios asistenciales de urgencias gineco-obstétricas y pediátricas, hospitalización ginecología y pediatría de la ESE-HUS que permita garantizar el adecuado control de Dispositivos biomédicos y medicamentos, organización en orden y limpieza del área de prestación de cuidado médico y enfermería de forma permanente y sostenida , además de revisar los aspectos de talento humano que no se están cumpliendo al 100% y que son hallazgos de tipo contractual todo con el fin de generar las acciones correctivas que permitan mejorar los procesos misionales de la ESE-HUS.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora. Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria cumplimiento de agenda – Consulta externa	<p>De acuerdo con el informe enviado por el Dr. German Martínez Auditor de Consulta externa, se requiere revisar los retrasos para el inicio de la agenda por parte de los especialistas de consulta externa debido a que esos afectan la satisfacción del usuario y oportunidad en los tiempos de espera.</p> <p>Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>
Auditoria Subgerencia de Alto Costo	<p>Los hallazgos encontrados evidencian la necesidad de mejorar el proceso de gestión de las unidades de cuidado intensivo adulto y pediatría y unidad de quemados a través de los líderes del área desde los subgerentes hasta los coordinadores médicos y de enfermería del servicio en el proceso de supervisión y revisión permanente de las áreas que permita garantizar el adecuado control de insumos médicos y biomédicos, organización en orden y limpieza del área de prestación de cuidado médico y enfermería de forma permanente y sostenida , además de revisar los aspectos de talento humano que no se están cumpliendo y que son hallazgos de tipo contractual lo anterior todo con el fin de generar las acciones correctivas que permitan mejorar los procesos misionales de la ESE-HUS.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora Estado del plan de mejoramiento: Abierto</p>

Resultados de Control Interno en Auditorias



■ Adequado ■ En proceso de mejora ■ Inadecuado

Clasificación de Auditorias



■ De gestión ■ Especial ■ Combinada

1.3 Ejecución Informes programados

El Programa Anual de Auditoria también incluye la programación que, de acuerdo a la normativa, relacionada con la obligatoriedad de la Oficina Asesora de Control Interno al reporte de informes de ley y seguimiento que deben ser emitidos de acuerdo con las periodicidades y las fechas establecidas por los entes de control. La programación para el año 2020 fue:

TITULO DEL INFORME	PROGRAMADOS	REALIZADOS	% EJECUCIÓN
FURAG II	1	1	100%
Informe de Control Interno Contable	1	1	100%
Formulación Respuesta Carta de Observaciones - Contraloría Departamental	1	1	100%
Formulación Plan de Mejoramiento - Contraloría Departamental	1	1	100%
Seguimiento Plan de Mejoramiento - Contraloría Departamental	4	4	100%
Seguimiento Plan de Mejoramiento - Supersalud	4	4	100%
Informe referente al cumplimiento de las Normas de Derechos de Autor	1	1	100%
Seguimiento Plan de Mejoramiento CGR	1	2	200%
Informe Pormenorizado de Control Interno	2	2	100%
Informe sobre la gestión del SIAU	2	2	100%
Informe de Seguimiento al Plan Operativo Anual	1	1	100%
Informe de Austeridad del Gasto Público	4	4	100%
Informe de posibles actos de corrupción	1	1	100%
Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional	2	2	100%
Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	3	3	100%
Informe de evaluación del desempeño por dependencias	1	1	100%
Verificación acciones de repetición	1	1	100%
Seguimiento procesos disciplinarios	1	1	100%
Seguimiento Plan de Acción	4	4	100%
Seguimiento planes de mejoramiento PAMEC - Calidad	3	3	100%
Evaluación Rendición de cuentas	1	1	100%

TITULO DEL INFORME	PROGRAMADOS	REALIZADOS	% EJECUCIÓN
Seguimiento plan de implementación MIPG	3	3	100%
Seguimiento a cirugías canceladas	1	1	100%
Informe de Labores de la Oficina de Control Interno	1	1	100%
Totales	45	45	100%

Se realizaron los 45 informes y seguimientos, para un cumplimiento del 100%..

1.4 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO

1.4.1 Seguimiento a planes de mejoramiento derivados de auditorías internas de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, durante la vigencia 2020, en cumplimiento al Plan de Acción de la Oficina de Control Interno, el cual incluye el Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, adelantó un total de 27 Auditorías Internas, de las cuales 20 procesos debieron elaborar plan de mejoramiento. Adicionalmente se realizó seguimiento a 16 planes de mejoramiento que estaban abiertos de la vigencia 2017, 2018 y 2019.

AUDITORIA	VIGENCIA	AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO	ESTADO
Gestión Integral de la Información - Archivo de central HC HRGV	2017	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Estadística	2018	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoría Gestión Integral de la Información- Archivo Central	2018	De los 22 hallazgos, 9 se encuentran abiertos y 13 cerrados, se formularon 89 acciones a la fecha de corte del seguimiento, que fue a 30 de diciembre de 2020, se cerraron 70 acciones y 19 se encuentran atrasadas lo que equivale a 85,78% del cumplimiento del plan de mejora	Abierto
Auditoria Sistemas	2018	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Jurídica	2019	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Presupuesto	2019	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Cartera	2019	Se cierra plan de mejoramiento al realizar auditoria en el 2020 y consolidar hallazgos repetitivos para la generación de un nuevo plan de mejoramiento.	Cerrado

AUDITORIA	VIGENCIA	AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO	ESTADO
Auditoria Facturación	2019	Se cierra el plan de mejora planteado. Se recomienda seguimiento continuo por parte del supervisor técnico	Cerrado
Auditoria Cajas menores	2019	Se utilizó el formato establecido para la legalización de las cajas menores. La incidencia fue corregida por Mantenimiento ESE HUS.	Cerrado
Auditoria SIAU	2019	Son aprobadas las evidencias subidas a la plataforma, como soporte para subsanar el Hallazgo Incumplimiento del INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SOGCS GMC-GCA-IN-02	Cerrado
Auditoria Tesorería	2019	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Mantenimiento	2019	De los 04 hallazgos, 2 se encuentran abiertos y 2 cerrados.	Abierto
Auditoria Central de Esterilización	2019	De los 2 hallazgos, que se encuentran abiertos, se formularon 8 acciones a la fecha de corte del seguimiento, que fue a 30 de junio de 2020, se cerraron 5 acciones y 3 están atrasadas lo que equivale a 62,5% del cumplimiento del plan de mejora	Abierto
Auditoria Glosas con posible daño Fiscal	2019	Se cierra plan de mejoramiento al realizar auditoria en el 2020 y consolidar hallazgos repetitivos para la generación de un nuevo plan de mejoramiento.	Cerrado
Auditoria Gestión Documental	2019	De las 80 acciones propuestas, hay un cumplimiento del 67,51%.	Abierto
Auditoría Ambiental	2019	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Talento Humano	2020	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Presupuesto	2020	En espera de suscripción de plan de mejoramiento.	Abierto
Auditoria Contabilidad	2020	No se ha dado eficaz cumplimiento al objetivo general del plan, puesto que siguen las diferencias por solucionar, no se ha dado plena respuesta satisfactoria a la CGN y se sigue exponiendo a la entidad y a los funcionarios a sanciones de diversa índole, como por ejemplo de tipo fiscal y disciplinario, entre otras.	Abierto
Auditoria Facturación	2020	No se reportó los avances de acuerdo a las fechas de finalización establecidas adjuntando los respectivos soportes.	Abierto
Auditoria Cartera	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021.	Abierto
Auditoria Docencia y Servicio	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021.	Abierto
Auditoria Apoyo Diagnostico Especializado	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021.	Abierto
Auditoria Farmacia	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021.	Abierto

AUDITORIA	VIGENCIA	AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO	ESTADO
Auditoria Lavandería	2020	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Gestión Documental	2020	En espera de suscripción de plan de mejoramiento.	Abierto
Auditoria Jurídica	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en diciembre de 2020.	Abierto
Auditoria Hemocentro	2020	Son aprobadas las evidencias subidas a la plataforma, como soporte para subsanar 5 Hallazgos y queda abierto un plan de acción.	Abierto
Auditoría Procedimiento de Facturación contrato 402/2019	2020	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Interventoría de Contratos.	2020	La auditada se negó a presentar plan de mejoramiento, se traslada a Control Interno Disciplinario.	Cerrado
Auditoria Producto ALYX Hemocentro	2020	Se sugiere modificar el INSTRUCTIVO HEMOCOMPONENTES, REACTIVOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y/O INSUMOS GAT-HEM-IN-52 VERSIÓN 1.	Abierto
Auditoria Subgerencia de Servicios Médicos	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021.	Abierto
Auditoria Subgerencia Servicios Quirúrgicos	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021.	Abierto
Auditoria Subgerencia Mujer e Infancia	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021.	Abierto
Auditoria cumplimiento de agenda – Consulta externa	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021.	Abierto
Auditoria Subgerencia de Alto Costo	2020	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2021.	Abierto

2. ROL DE ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO

La Oficina de Control Interno realizó las siguientes actividades:

Asesoría y capacitación en la elaboración del mapa de riesgos
Seguimiento al Sistema de Administración del Riego de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT.
Participación en el Equipo de Direccionamiento y Gerencia de Acreditación
Acompañamientos a los comités institucionales
Seguimiento a planes de mejoramiento
Acompañamiento a inventarios de Almacén y Farmacia (con corte a junio y diciembre)
Asesoría y capacitación en la elaboración del mapa de riesgos

Seguimiento al Sistema de Administración del Riego de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT.

Participación en el Equipo de Direccionamiento y Gerencia de Acreditación

Se realizaron en el año 2020, tres Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno programados, en los cuales se participó como Secretaría técnica los días 26 de febrero, 8 de julio y 17 de diciembre. En el Comité se expusieron y discutieron todos los informes de Auditorías, informes de Seguimiento a la Gestión Integral del Riesgo, informes de ley, planes de mejora, seguimientos y demás en cumplimiento a las funciones del Comité y de la Oficina Asesora de Control Interno. Se encuentran las respectivas actas publicadas en el módulo de Mecanismos de Integración del a plataforma ALMERA.

3. VALORACION DEL RIESGO

En el artículo 2 de la Resolución 358 del 03 de agosto de 2018 modificada por la Resolución 427 del 28 de septiembre de 2018, se encuentra establecida la política para la gestión del riesgo de la ESE Hospital Universitario de Santander, adicionalmente la difusión y socialización del mapa de riesgos institucional se realizó a través de la página web institucional, por el Sistema de Gestión Integral Software ALMERA en el link "mapa de riesgos".

Para el año 2020 se mantiene el enfoque proactivo-preventivo, reactivo y/o normatividad que le aplique según el sistema de riesgos. En Gestión del riesgo como eje trazador del Sistema único de Acreditación se realiza la actualización del programa de Gestión del riesgo GDI-PLA-PG-01 que cuenta con la política de Gestión Integral del Riesgo-GDI-PLA-FO-10, el Instructivo para Gestión del riesgo por procesos-GDI-PLA-IN-03, el instructivo para la Gestión del riesgo a través del sistema de información ALMERA- GDI-PLA-IN-02 y el Instructivo para la aplicación de AMFE- GDI-PLA-IN-04, como documentos de aplicación general para los sistemas de Gestión del Riesgo.

Se realiza modificaciones en la distribución de los Sistemas de Gestión del Riesgo en donde se clasifican según el enfoque ya sea reactivo, proactivo-preventivo y/o normatividad que le aplique así:

METODOLOGIA	SISTEMA
Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. PREVENTIVO Y/O REACTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos • Corrupción • Estratégicos • SARLAFT
Análisis de Modo Falla Efecto (AMFE). PROACTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Ejes de acreditación y estándares de acreditación. • Vigilancias (5) • Riesgos clínicos. • Paquetes instruccionales.
Normatividad según aplique Matriz ISO 14001, GTC 45 Y demás que le apliquen.	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos ambientales • Riesgos de seguridad y salud en el trabajo • Riesgos de braquiterapia • Riesgos de desastres • Riesgos poblacionales. • Defensa jurídica • Gestión documental • Riesgos de seguridad digital, datos personales y seg. de la información.

En cuanto a cada sistema que hace parte de la Gestión Integral del riesgo se realizó la identificación, evaluación y tratamiento para los riesgos en el mes de Marzo, adicionalmente en el mes de Mayo debido a la pandemia se realiza la identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos únicamente enfocados a COVID-19, es de resaltar que la gran mayoría de los sistemas se encuentran dentro de la plataforma almera evidenciándose con esto la implementación de cada uno de ellos en la ESE HUS.

La Oficina Asesora de Control Interno realizó la valoración de los mapas de riesgos de la Entidad a través de la auditorías internas realizadas, de acuerdo con el plan anual de auditorías de la vigencia 2020 y presentando a de 31 de diciembre de 2020 un cumplimiento al 100%.

Todo lo dicho hasta ahora explica que la ESE Hospital Universitario de Santander realiza un análisis y valoración del riesgo de manera eficiente, lo que finalmente conlleva a demostrar que la ESE HUS posee un mapa de riesgos institucional completo y que cada uno de sus funcionarios se encuentran enteramente comprometidos con el análisis y valoración del riesgo.

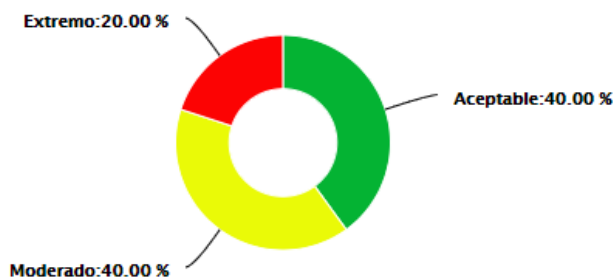
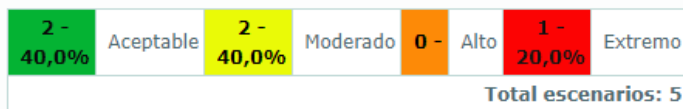
Así mismo se realizó la actualización del mapa de riesgos del proceso Control Interno, el cual se pueden evidenciar en el Sistema de Gestión Software **ALMERA**.

RIESGOS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO:

Unidad de riesgo ▲	Clase de Riesgo ◆	Nombre del Riesgo	Probabilidad ◆	Impacto ◆	Zona de Riesgo ◆	Tratamiento del Riesgo ◆	Controles ◆
Control Interno	Gerenciales	Inadecuada realización de auditorias	Improbable	Menor	Aceptable	Reducir el riesgo	2
Control Interno	Riesgos de Cumplimiento	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoria	Improbable	Menor	Aceptable	Reducir el riesgo	2
Control Interno	Riesgos Operativos	Incumplimiento en la consecución de los objetivos de la entidad y la normatividad que rige a la ESE HUS	Improbable	Moderado	Moderado	Reducir el riesgo	2
Control Interno	Gerenciales	Incorrecta evaluación a la efectividad de los controles del Sistema de Control Interno	Improbable	Moderado	Moderado	Reducir el riesgo	1
Control Interno	Riesgos de Cumplimiento	Incumplimiento del plan anual de auditoria por la emergencia sanitaria ocasionada por COVID19	Probable	Mayor	Extremo	Reducir el riesgo	1

Fuente: Almera – Mapa de procesos 2020

PROBABILIDAD	Raro					
	Improbable	GCO-CIN01	GCO-CIN02	GCO-CIN03	GCO-CIN04	
	Posible					
	Probable				GCO-CIN05	
	Casi seguro					
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrofico
IMPACTO						



Fuente: Almera – Mapa de procesos 2020

4. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL

Se fomentó la formación de una cultura del **AUTOCONTROL**, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional, a través de:

- Autodiagnósticos FURAG:** En el proceso de autoevaluación de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión se aplicaron 15 cuestionarios a los líderes de la Políticas de MIPG para determinar el estado de implementación y aspectos por mejorar y trabajar en la vigencia 2021.
- Capacitación en Gestión Integral del Riesgo:** Se apoyó capacitación en Gestión Integral del Riesgo en el taller teórico-práctico que contó con la participación de 69 colaboradores, ya que la población objeto era 45 siendo la cobertura de 153% y la adherencia de 100%.

5. RELACION CON LOS ENTES DE CONTROL

Teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno es un componente dinamizador del Sistema de Control Interno, debe ser quien facilite los requerimientos de los organismos de Control Externo y la coordinación de cumplimiento de los informes de la Entidad por parte de los diferentes responsables, así:

a) Se coordinó la presentación de los informes a los entes de control externos durante la vigencia 2020, mediante los aplicativos electrónicos SIA Observa Contraloría General de Santander y SIRECI (Sistema de rendición de cuenta electrónica), Contraloría General de la República y demás instancias legales.

ENTIDAD	CANTIDAD	FORMA DE PRESENTACIÓN	RESPONSABLE
Contraloría General de Santander	4 seguimientos	Plataforma SIA OBSERVA	Control Interno
Contraloría General de la República	1 plan de mejoramiento	Plataforma SIRECI	Control Interno
Contraloría General de la República	2 seguimientos	Plataforma SIA OBSERVA	Control Interno
Superintendencia de Salud	8 seguimientos	Correo electrónico	Control Interno
Superintendencia de Salud	2 planes de mejoramiento	Correo electrónico	Control Interno

Cabe aclarar que durante todo el año 2020, se presentaron informes de acuerdo al cronograma establecido, por los entes de control. Los informes anteriormente relacionados fueron presentados de manera trimestral y algunos con corte anual.

5.1 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA

Teniendo en cuenta que las Oficinas de Control Interno son las responsables del seguimiento de los Planes de Mejoramiento, en virtud de su rol evaluador independiente, dio cumplimiento a lo contemplado en la Resolución 858 de 2016 y Resolución 942 de 2017, emitida por la Contraloría General de Santander.

En este sentido la oficina realizó el reporte de avance trimestral del Plan de Mejoramiento CGS 2016-2017-2019-2019, los cuales se efectuaron así:

Primer seguimiento con corte a 31 de marzo de 2010, reportado el 13 de abril de 2020

Segundo seguimiento con corte a 30 de junio de 2020, reportado el 14 de julio de 2020.

Tercer seguimiento con corte a 30 de septiembre de 2020, reportado el 14 de octubre de 2020.

Cuarto seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2020, reportado el 21 de enero de 2021.

A continuación, se describen los hallazgos y el estado actual de las acciones pactadas con el ente de Control:

Vigencia 2016

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
Falta de eficiencia en la gestión contractual de la ESE HUS	1	2	2	0

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
Presunto daño fiscal respecto del presupuesto del contrato por pago no procedente conforme a la modalidad de pago e ítems contratados en beneficio artificioso de tercero	2	1	1	0
Alto riesgo de duplicidad de pago con presunta inoperatividad del contrato "Proceso de cartera", por doblez de actividades en contratos suscritos por el HUS por el mismo fin, esto en relación con los cobros pre jurídicos o persuasivos de la Cartera del HUS (Contratos 080, 308, 386, 245, 130, 137)	3	2	2	0
Presunta vulneración a los principios de transparencia, selección objetiva de contratistas con correlativa evasión a la modalidad de selección por fraccionamiento del objeto del contrato (Contrato 245-2016 y 308-2016)	4	2	2	0
Presuntos requisitos excluyentes y que restringen la participación y pluralidad de oferentes	5	2	2	0
El contratista no presentó las hojas de vida de los ejecutores del contrato, pese a que la invitación formulada por la Entidad establecía esta obligación, no existe evidencia alguna de la evaluación de la idoneidad del personal ejecutor afiliado a la Cooperativa de Trabajo Asociado.	6	2	2	0
Los informes de supervisión no revelan con certeza que se haya realizado seguimiento técnico sobre las actividades ejecutadas, teniendo en cuenta la variación de frecuencia de cada uno de los procesos contratados.	7	2	2	0
Adiciones al contrato demuestran fallas en la planeación contractual, toda vez que se trata de un contrato cuyo servicio se requiere de manera permanente. La necesidad del servicio es conocida y no guarda coherencia con la justificación esbozada.	8	1	1	0

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
Presunta evasión en el pago de aportes de seguridad social de los asociados a la Corporación CORMEDES, con ocasión de la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 211-2016	9	1	1	0
Presunto daño fiscal por inutilización de tablets adquiridas. Dos de ellas fueron extraviadas	10	3	3	0
Legalización de hechos cumplidos.	11	1	1	0
Contrato de obra civil No. 530 de 2013 - "Construcción Central de Urgencias de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER". Múltiples suspensiones denotan falta de planeación y devienen en un presunto daño fiscal por no culminación de la obra, dado que la misma a la fecha no presta el servicio por el cual se contrató y a la fecha se ha invertido la suma de \$8,784,744,830	12	1	1	0
Aplicación de la sentencia C-171 de 2012 - Intermediación laboral en contratación de personal	13	1	1	0
El Hospital Universitario de Santander no cumplió el plan de mejoramiento aprobado para la vigencia 2015	16	1	1	0
Con corte a 31 de diciembre de 2017, existen incumplimientos en las oportunidades de mejora y acciones de mejoramiento propuestas en el mapa de riesgos del Hospital Universitario de Santander, lo cual conlleva a la ocurrencia de los riesgos. Los incumplimientos se dan en las etapas de Procesos Estratégicos, Procesos Misionales y Procesos de Apoyo	17	1	1	0
Obras inconclusas y en ejecución se encuentran suspendidas	21	3	3	0
Cuentas Bancarias embargadas	23	1	1	0
Gestión de cobro de cartera	24	3	3	0
Glosas aceptadas que generan detrimento patrimonial	25	2	2	0

Equipo biomédico adquirido según contrato 508 de 2014 para la UCI NEONATAL en almacén	26	7	7	0
El proceso de Facturación contratado no está cumpliendo para la optimización de los recursos de la ESE	27	1	1	0
El comité de facturación, cartera y glosas no da cumplimiento a sus funciones	28	1	1	0
Incremento de las cuentas por pagar	29	1	1	0
Baja y deficiente gestión en el recaudo de la venta de servicios de salud, la cual ha desmejorado con respecto a las vigencias anteriores	30	3	3	0
Incremento injustificado del 9% en los gastos del personal mientras el total de los recaudos disminuyo en el 15% durante la vigencia 2016	31	1	1	0
El Hospital Universitario canceló \$9.237.968 de intereses en el pago del impuesto predial de 2016, de los predios ubicados en la Cra. 33 No. 28-126 y la Cra. 32 No. 29-175	32	1	1	0
La situación presupuestal del Hospital Universitario para la vigencia 2016 es de déficit superior a la de la vigencia 2015	34	1	1	0

Vigencia 2017

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
DESACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE CONTRATACION	1	2	1	1
FALTA DE PUBLICACION EN SECOP DE ALGUNOS ACTOS CONTRACTUALES	3	2	2	0
EL MANUAL DE CONTRATACION E INTERVENTORIA DEBE SER CLARO Y AJUSTADO A LAS NORMAS REGULADORAS DE LA MATERIA	4	2	2	0
DEBIL PLANEACIÓN CONTRACTUAL	5	1	1	0
FALTA DE RIGOR EN LA ANUALIDAD PRESUPUESTAL	6	1	1	0

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
FALENCIAS EN EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 004 DE 2017	7	2	2	0
INDEBIDA DENOMINACIÓN DE UN CONTRATO	8	2	2	0
FALENCIAS EN PRESTACIÓN DE SOPORTES E INFORMES DE EJECUCIÓN Y DE LA LABOR DE SUPERVISIÓN	11	2	2	0
QUEJAS PENDIENTES POR RESOLVER A DICIEMBRE 31 DE 2017	12	1	1	0
Página web de la entidad: la ese hus debería para la vigencia 2017 en el componente TIC para servicios estar en un 100% de avance, que comparado con la inscripción de trámites en el SUIT solo se evidencia en un 50%	13	7	7	0
LEY DE TRANSPARENCIA Y DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA: La ESE HUS no tiene publicada en su página web la siguiente información: normatividad, presupuesto, plan anticorrupción y atención al ciudadano con seguimientos y lo contemplado en los artículos 7 y 9 de la Ley 1712 de 2014	14	3	3	0
Debilidades de caja menor	15	1	1	0
Falta de controles en el manejo de los activos fijos	16	4	4	0
Cartera por edades. La mayor concentración de la cartera para el año 2017 se encuentra en el rango de más de 360 días con un 40.5% del total, se presenta un incremento del 29.86%, lo que muestra una cartera lenta en su recuperación, a pesar de la gestión realizada por parte de la administración, gestión que no puede ser calificada como efectiva.	17	4	4	0
Debilidades procesos de cartera y facturación	18	4	4	0
Inconsistencias en el manejo de glosas	19	2	2	0

Pago de intereses de mora por extemporaneidad en el pago de sentencias y conciliaciones	20	1	1	0
Seguimiento pago sanción ministerio de trabajo: A la fecha se encuentra pendiente de pago, lo que ha generado unos intereses de mora por valor de \$607419180, según liquidación de crédito y costas en la jurisdicción de cobro coactivo.	21	1	1	0
Seguimiento proceso sancionatorio INVIMA	22	1	1	0
Pago de intereses de moratorios por impuesto predial	23	1	1	0
Saldo de cuentas por pagar constituidas a diciembre 31 de 2016 sin cancelar	24	1	1	0
Déficit presupuestal	25	1	1	0
Proceso sancionatorio INVIMA. Incumplimiento de la normatividad en materia sanitaria.	26	1	0	1

Análisis de los hallazgos del plan de mejoramiento vigencia 2017 con porcentaje de ejecución menor a 100% a 31 de diciembre de 2020 por responsables:

RESPONSABLE	ACCION PLANEADA	FECHA DE VENCIMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE
Subgerente administrativo y financiero -Jefe Oficina Asesora Jurídica	Realizar las gestiones pertinentes para Construir la obra para el suministro de aire medicinal	2019-03-31	80%

Vigencia 2018

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
Publicación extemporánea en SECOP de documentos de procesos contractuales	1	1	1	0
Presunto incumplimiento de obligaciones del contratista en el contrato de prestación de servicios profesionales no. 30 de enero 05 de 2018	2	1	1	0
No se envían copias de los contratos sindicales al Ministerio de Trabajo	3	1	1	0
La Entidad no publicó en su página web las notas a los informes financieros y contables mensuales durante la vigencia 2018.	4	1	1	0

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
Los Estados contables reportados a la CGN a través del CHIP no son los mismos reportados en SIA Contralorías, adicionalmente lo reportado a la CGN a través del CHIP no tiene firma del Representante Legal, Subgerente Administrativa y Financiera, Revisoría Fiscal, Contadora, las cuales dan validez a la información reportada. Siendo los Estados contables un único documento que debe ser reportado en los diferentes Entes Externos	5	1	1	0
Falencia en uso de catálogo de cuentas en estado de situación financiera cuenta de Provisiones	6	1	1	0
Página Web de la Entidad con un avance del 75%	7	1	1	0
Plataforma Tecnológica sin Renovar	8	1	1	0
Verificadas en forma selectiva las hojas de vida de los funcionarios, se observó en algunas hojas de vida y en el formato lista de chequeo carece de firmas y algunos campos sin diligenciar tales como nombre del cargo, nombre del responsable de talento humano; de igual forma el formato único de la hoja de vida que exige la Función Pública están diligenciadas pero sin la firma del servidor público y en algunos casos sin la fecha de diligenciamiento de la misma, faltando el nombre y la firma del jefe de recursos humanos y la fecha respectiva.	9	1	1	0
Cumplimiento parcial del Informe Ejecutivo de Plan de acción	10	9	9	0
BALANCE DE PRUEBA SIN SALDOS IGUALES. Analizado el Balance de prueba suministrado por la Entidad, base y fuente de los Estados contables de la Entidad se evidenció que estos no presentaron sumas iguales al totalizar las columnas en movimientos débito y crédito, presentando una diferencia de 27612151575.31	11	1	1	0

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
Deficiencia en notas a los estados contables.	12	1	1	0
MANEJO, ADMINISTRACION Y CONTROL DE CAJAS MENORES. Se evidenció que el auxiliar contable cajas menores no está siendo debidamente diligenciado ya que no se puede observar que gastos son de cada uno de las cajas menores, cuando fue su creación, cuando su reembolso, y esto aunado a que los formatos de reembolso son por concepto de gasto impide tener un control y seguimiento	13	1	1	0
CONCILIACIONES BANCARIAS. Se observó que en el formato 201901_03_agr, Formato cuentas bancarias, rendido por la Entidad en plataforma SIA Contralorías algunos de los códigos contables no corresponden a los estados contables, lo cual evidencia la falencia en la revisión de la información reportada por el sujeto al Ente de Control y genera incertidumbre de los controles de conciliación.	14	1	1	0
Inadecuada presentación de cuentas por cobrar en estado de situación financiera	15	1	1	0
BOLETIN DEUDORES MOROSOS. Se tomó aleatoriamente una muestra y se validó que estuviesen reportados en el Boletín Deudores Morosos del Estado-BDME, encontrándose que de los 13 deudores reflejados en balance de prueba se encontraron reportados 7 y no reportados 6.	16	1	1	0
Cuentas de inventarios con saldos contrarios a su naturaleza	17	1	1	0
Falta de gestión en el desembargo de depósitos judiciales	18	1	1	0
Daño fiscal generado por pago parcial de multa interpuesta por el ministerio de trabajo	19	1	1	0

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
Acto administrativo indebidamente motivado	20	1	1	0
Falencia en reconocimiento, registro y soporte contable	21	1	1	0
Faltante de consecutivos de facturación	22	1	1	0
Faltante de consecutivos de comprobantes de ingreso y recibos de caja	23	1	1	0
Faltante de consecutivos de comprobantes de egreso	24	1	1	0
Efecto de revelación de activo no corriente sobre indicadores financieros	25	1	1	0
Bajo recaudo en la venta de servicios de salud	26	6	6	0
Ejecución parcial de las cuentas por pagar, constituidas en el 2017, para ser canceladas en la vigencia 2018	28	1	1	0
La situación presupuestal del Hospital Universitario para la vigencia 2018 es deficitaria.	31	1	1	0

Vigencia 2019

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
OBSERVACION DE AUDITORIA No.01 Pago de incapacidades sin considerar la normatividad	1	1	1	0

5.2 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO SUPERSALUD

Vigencias 2015-2016-2017

A continuación, se muestra Análisis de los hallazgos del plan de mejoramiento Supersalud vigencias 2015-2016-2017 con porcentaje de ejecución menor a 100% a 30 de diciembre de 2020 por responsables:

RESPONSABLE	ACCIÓN PLANEADA	HALLAZGO	FECHA DE VENCIMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE
Gerente- Subgerente Administrativa y Financiera - Profesional Universitario Mantenimiento - Profesional Universitario de Farmacia.	Lograr la certificación de buenas prácticas de manufactura (BPM) de gases medicinales emitida por el INVIMA	60	2019-12-30	90%
Equipo de Infraestructura - Profesional Universitario Servicios Básicos	Habilitar espacio físico para la correcta clasificación y disposición de residuos	62	2018-12-30	90%

Vigencias 2020 - Auto No. 00168 del 19 de Mayo de 2020

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, no soportó la afiliación ni el pago al sistema general de riesgos laborales de los contratistas clasificados en riesgo 4 y 5, incumpliendo presuntamente con lo establecido en el artículo 13 del decreto 723 de 2013.	1	2	2	0
La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, no soportó la verificación y/o seguimiento del cumplimiento de las afiliaciones y pagos de aportes al sistema de seguridad social en salud de los contratistas clasificados en riesgo 1, 2 y 3, incumpliendo presuntamente con lo establecido en el artículo 23 del decreto 1703 de 2002.	2	2	2	0
La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, no entregó al equipo auditor, la información sobre la afiliación ni el pago al sistema general de riesgos laborales de los contratistas clasificados en riesgo 4 y 5 y de la verificación y/o seguimiento del cumplimiento de las afiliaciones y pagos de aportes al sistema de seguridad social en salud de los	3	2	2	0

contratistas clasificados en riesgo 1, 2 y 3 con calidad, oportunidad, pertinencia y fluidez para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control, incumpliendo presuntamente con lo establecido en el artículo 130 numeral 130.12 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3 numeral 11 de la Ley 1949 de 2019.				
--	--	--	--	--

Vigencias 2020 - Auto 00223 del 19 de junio de 2020

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
La E.S.E Hospital Universitario de Santander, No aplica los códigos CIE-10 definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en los lineamientos técnicos emitidos en el marco de la declaratoria de la emergencia sanitaria, para la identificación del diagnóstico principal de los pacientes hospitalizados en UCI por patología confirmada o sospechosa COVID-19. artículo 2.5.1.5.2 y numeral 4 del artículo 2.5.1.5.3 del Decreto 780 del 2016 y numeral 11 del artículo 3 de la Ley 1949 del 2019.	1	4	4	0
La E.S.E Hospital Universitario de Santander, No realiza gestiones para minimizar los riesgos asociados a la atención toda vez que, el protocolo de ingreso y estancia en UCI, no cuenta con los criterios definidos en los lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo Coronavirus Covid 19, expedido por el Ministerio de Salud, con lo cual presuntamente incumple el artículo 1 y 2 Resolución 502 de 2020, en los numerales 7.2.2, 7.6.3.1, 7.6.3.1.1 del documentos técnico "Lineamientos para el manejo de clínico de pacientes con infección por Nuevo Coranovirus –Covid-19; Circulares Externas 05 y 012 de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud Numeral 17 del	2	5	5	0

artículo 3 de la Ley 1949 de 2019 , artículo 43, el Decreto 2423 de 1996; numeral 3 del artículo 2.5.1.2.1 , artículo 2.5.1.1.1 y artículo 2.5.1.3.1.1 del Decreto 780 de 2016.				
---	--	--	--	--

5.3 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Vigencias 2015-2016-2017-2018

Se realiza rendición de cuenta del plan de mejoramiento suscrito en la plataforma SIRECI:

21 julio de 2020:

rendicion.contraloria.gov.co/stormWeb/mostrarRespuesta.do?nitso=9582&cotiin=53&perrep=...

ACUSE DE ACEPTACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA
C O L O M B I A

FECHA RECEPCIÓN: 2020-07-21

HORA RECEPCIÓN: 12:01:33

INFORMACIÓN GENERAL

Razón Social: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER -E.S.E. HUS-

NIT o CC: 900006037

Código Entidad: 9582

Representante Legal: EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO

MODALIDAD DE RENDICIÓN:M-3: PLAN DE MEJORAMIENTO

PERIODO DE RENDICIÓN: SEMESTRAL

FECHA DE CORTE: 2020-06-30

RELACIÓN DE FORMULARIOS REMITIDOS

F14.2: PLANES DE MEJORAMIENTO - ENTES TERRITORIALES

La Contraloría General de la República **CONFIRMA** que la transmisión de la información fue **EXITOSA**

Este mensaje **NO ES UN ACUSE DE RECIBO DE LA MODALIDAD M-3: PLAN DE MEJORAMIENTO**, el cual, solo se generará una vez se realice el envío de los Documentos Electrónicos (anexos, si son requeridos para la Modalidad), se surta el proceso de verificación de su completitud y de sus respectivas validaciones; después de lo cual sino existe objeción se dará por rendida.

Y el segundo reporte se realiza el 25 de enero del 2021:

ACUSE DE ACEPTACIÓN DE RENDICIÓN

FECHA DE GENERACIÓN:2021/01/25
HORA DE GENERACIÓN:19:32:50
CONSECUTIVO:958262020-12-31

RAZÓN SOCIAL: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER -E.S.E. HUS-
NIT:900006037
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO

MODALIDAD:M-3: PLAN DE MEJORAMIENTO
PERIODICIDAD:SEMESTRAL
FECHA DE CORTE: 2020-12-31
FECHA LÍMITE DE TRANSMISIÓN: 2021-01-26

RELACIÓN DE FORMULARIOS Y DOCUMENTOS REMITIDOS		
Tipo	Nombre	Fecha
Fomulario electrónico	F14.1: PLANES DE MEJORAMIENTO - ENTIDADES	2021/01/25 19:30:05
Documento electrónico	F14.3: OFICIO REMISORIO	2021/01/25 19:32:10

La Contraloría General de la República conforme a los procedimientos y disposiciones legales que ha establecido, confirma el recibo de la información descrita en este documento, presentada por la Entidad E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER -E.S.E. HUS-, NIT 900006037, en el Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes – SIRECI ----

A continuación, se muestra Análisis de los hallazgos del plan de mejoramiento CGR vigencias 2015-2016-2017-2018 con porcentaje de ejecución menor a 100% a 30 de diciembre de 2020 por responsables:

RESPONSABLE	ACCIÓN PLANEADA	HALLAZGO	FECHA DE VENCIMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE
Oficina Asesora Jurídica	Terminar la construcción de la subestación eléctrica y acometida	12	31/12/2020	92%

Vigencias 2020

Como resultado del CONTROL EXCEPCIONAL –ACTUACIÓN ESPECIAL DE FISCALIZACIÓN A LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER— HUS del 01 de abril de 2019 al 30 de junio de 2020 realizada por la Contraloría General de la República, se suscribe plan de mejoramiento a 18 hallazgos que contiene 34 acciones a realizar durante la vigencia 2021.

ACUSE DE ACEPTACIÓN DE RENDICIÓN

FECHA DE GENERACIÓN:2021/01/22
HORA DE GENERACIÓN:22:07:46
CONSECUTIVO:958202020-12-07

RAZÓN SOCIAL: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER -E.S.E. HUS-
NIT:900006037
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO

MODALIDAD:M-3: PLAN DE MEJORAMIENTO
PERIODICIDAD:OCASIONAL
FECHA DE CORTE: 2020-12-07
FECHA LÍMITE DE TRANSMISIÓN: 2021-01-22

RELACIÓN DE FORMULARIOS Y DOCUMENTOS REMITIDOS		
Tipo	Nombre	Fecha
Formulario electrónico	F14.1: PLANES DE MEJORAMIENTO - ENTIDADES	2021/01/22 22:07:04

La Contraloría General de la República conforme a los procedimientos y disposiciones legales que ha establecido, confirma el recibo de la información descrita en este documento, presentada por la Entidad E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER -E.S.E. HUS-, NIT 900006037, en el Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes – SIRECI ----

6. RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA

La Oficina Asesora de control Interno debe Evaluar el cumplimiento de los lineamientos metodológicos definidos en el **Manual de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía**, de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), con el fin de que el proceso de Rendición de Cuentas sea un instrumento de participación ciudadana, control social, transparencia y lucha contra la corrupción, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

El día 27 de abril de 2020 se llevó a cabo la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía **“Período comprendido entre el 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2019”** en el Auditorio del Hemocentro de la ESE HUS, transmitiendo via streaming debido a la emergencia sanitaria presentada por COVID 19, la cual dio inicio desde las 8:00 a:m y se extendió hasta las 10:40 a:m. Dicho evento contó con la presencia del Señor Gerente Edgar Julián Niño Carrillo, Subgerentes de la ESE HUS, además, se contó con la participación de veedores, Agremiaciones, medios de comunicación, quedando evidenciada a través del registro de asistencia de las personas que se hicieron presentes a este evento.

De acuerdo al informe entregado por la Oficina de Desarrollo Institucional, encargada de efectuar el registro de ingreso a la Rendición de Cuentas, se logra alcanzar un promedio de 375 personas que siguieron la transmisión interesadas en conocer la gestión realiza durante la vigencia 2019 del Señor Gerente Edgar Julián Niño Carrillo.

Realizada la evaluación de la audiencia, por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, se puede concluir que:

- La Audiencia Pública de Rendición de Cuentas se realizó bajo los parámetros definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en cuanto a metodología y contenidos.
- La audiencia de Rendición de cuentas cumplió con los objetivos trazados para la Administración. El informe fue presentado de manera dinámica y abarco la gestión a nivel Financiero, Asistencial y de Obras de la Entidad.

- En el desarrollo de la misma, no se generaron compromisos por parte de la Administración que impliquen su evaluación con posterioridad por parte de la Oficina Asesora de Control Interno.

7. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL DE LAS ACTIVIDADES A CARGO DE LA OCI

Para el año 2020, la Oficina Asesora de Control Interno adelanto una serie de actividades para dar cumplimiento al Plan de Acción Institucional, estas actividades se describen a continuación:

ACTIVIDADES PLANEADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PORCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD
Realizar seguimientos planeados en el Plan Anual de Control Interno al cumplimiento del Plan de mejoramiento de acreditación	El cumplimiento de las acciones programadas fue debidamente certificado el día 13 de noviembre de 2020, por la Jefe de la Oficina Asesora de Calidad y el Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno. Se percibe y evidencia que la respuesta organizacional ha sido positiva y se ha culturizado en el reporte y/o registro permanente de la información soporte en la plataforma respectiva.	100
Realizar auditorías ajustadas a COVID19	Se ajustó Plan Anual de Auditoría frente al COVID 19 y se ejecutó en 100%	100

Entre las actividades realizadas se encuentran:

- Monitoreo y evaluación de los planes institucionales:
La Oficina Asesora de Control Interno realiza seguimiento y evalúa los resultados de los diferentes planes institucionales de la ESE HUS, para el 2020 se tuvieron en cuenta:
 - Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
 - Plan Institucional de Capacitación
 - Plan de Acción
 Los resultados se encuentran publicados en la página web Institucional.
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano:
La Oficina Asesora de Control Interno dentro de sus funciones, comunicó durante el año 2020 a la Gerencia, los informes de Seguimiento al Plan Anticorrupción, evidenciados en la página web Institucional.
- Seguimiento al Plan de Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión
La Oficina Asesora de Control Interno evaluó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión a través de los seguimientos realizados al Plan de Implementación MIPG.
- Plan de Acción Anual
Las actividades contenidas en el Plan de Acción Institucional son definidas en conjunto con la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, donde se realizaron 4 seguimientos para verificar su cumplimiento.

- e. Actualización de los procedimientos y formatos del proceso de Control Interno
La Oficina Asesora de Control Interno dio cumplimiento a esta actividad, actualizando su documentación en un 100% a diciembre de 2020 que ya fueron actualizados en el listado maestro de documentos por la Oficina Asesora de Calidad.
- f. Rendir informes sobre la atención al ciudadano
La Oficina Asesora de Control Interno dentro de sus funciones, comunico durante el año 2020 a la Gerencia, los informes de atención al ciudadano PQRS.

8. REPORTE A LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE

La Oficina Asesora de Control Interno, realizó el informe correspondiente a la Evaluación del Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2020, a través del Consolidador del Ministerio de Hacienda e Información Pública – CHIP, conforme a lo contemplado en la Resolución 193 del 05 de mayo de 2016, emitida por la Contaduría General de la Nación.

El procedimiento de Control Interno Contable y de Reporte del Informe Anual de Evaluación a la Contaduría General de la Nación (CGN), del 13 de mayo de 2016, establece la interpretación de los rangos de calificación de la Evaluación de Control Interno Contable de la siguiente forma.

RANGO DE CALIFICACIÓN	CALIFICACION
1.0 < CALIFICACION <3.0	DEFICIENTE
3.0 < CALIFICACION <4.0	ADECUADO
4.0 < CALIFICACION <5.0	EFICIENTE

Teniendo en cuenta la anterior escala, se transcribe la calificación obtenida en la Evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2020, así como por cada etapa de la ESE Hospital Universitario de Santander.

Total Consolidación Calificación de Evaluación del Control Interno Contable 2020: 5

Web Entidad

Reporte de Información

Entidad: E.S.E. Hospital Universitario de Santander Ambito: GENERAL

Categoría: EVALUACION DE CONTROL INTERNO CONTABLE Periodo: 2020 - 01-12

Formulario: CGN2016_EVALUACION_CONTROL_INTERNO_CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACION	OBSERVACIONES	PREMIOS POR DEFICIENCIAS	Calificación TOTAL
1	ELEMENTOS DEL MARCO NORMATIVO				E.S.E.
11	FORMALIDAD	S	Se ha cumplimentado el manual de procesos y procedimientos controlados por el Sistema de Control Interno de la Entidad, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 193 del 05 de mayo de 2016, emitida por la Contaduría General de la Nación. Se ha actualizado el manual de procesos y procedimientos controlados por el Sistema de Control Interno de la Entidad, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 193 del 05 de mayo de 2016, emitida por la Contaduría General de la Nación.		
11	ESTRUCTURA	S	Para la actualización de información del SIIC.		
11	FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEFINIDAS EN LOS PROCESOS DE CONTROL INTERNO CONTABLE	S	Se actualizan las Políticas controladas de acuerdo a la normatividad vigente.		
11	RECOMENDACIONES	S	Cumplimiento de las recomendaciones de la Entidad.		

9. INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO

Para tal efecto, el Departamento Administrativo de la Función Pública, mediante Circular Externa Nro. 05 del 18 de octubre de 2019, emitió directrices para la presentación del Informe Ejecutivo Anual de Control Interno, mediante el Instructivo para el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG II) que es una herramienta en línea de reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales y sectoriales.

A continuación se muestra imagen de los Certificados Electrónicos expedidos por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP que valida la presentación oportuna del FURAG vigencia 2019, tanto del usuario de Desarrollo Institucional como el de Control Interno:

Fecha de generación: 2020-02-20 21:58:31



CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública, certifica que la institución HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, a través del usuario JCIT3638MIPG, diligenció el Formulario de Reporte de Avances de la Gestión - FURAG, correspondiente a la vigencia 2019 referente a las preguntas aplicadas en febrero - marzo de 2020.

Cobertura institucional de las Encuestas.

Para el diligenciamiento del FURAG II, se tuvo en cuenta los resultados de las actividades de:

- Autoevaluación realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno
- Auditorías internas
- Participación en las reuniones de los comités institucionales
- Visitas de seguimiento
- Planes de mejoramiento
- Los resultados obtenidos producto de los seguimientos realizados por los órganos externos de control y vigilancia como la Contraloría General de la Nación, la Contraloría Departamental y la Superintendencia de Salud

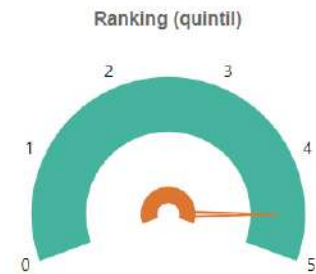
Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

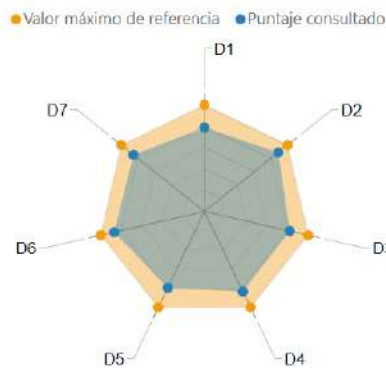
Fuente: Resultados FURAG II



I. Resultados generales



II. Índices de las dimensiones de gestión y desempeño



Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
D1: Talento Humano	77,4	98,0
D2: Direccionamiento Estratégico y Planeación	87,0	98,0
D3: Gestión con Valores para Resultados	80,7	98,0
D4: Evaluación de Resultados	81,8	98,0
D5: Información y Comunicación	78,0	98,0
D6: Gestión del Conocimiento y la Innovación	85,2	98,0
D7: Control Interno	83,6	98,0



III. Índices de las políticas de gestión y desempeño



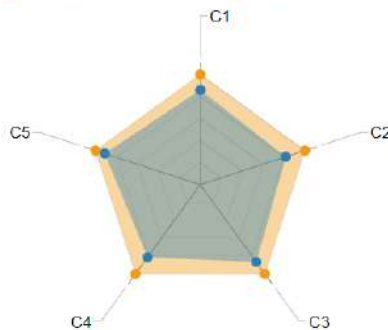


I. Resultados generales



II. Índices de desempeño de los componentes MECI

● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado



Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	84,2	98,00
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	80,1	98,00
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	85,0	98,00
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	79,8	98,00
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	89,4	98,00

10. INDICADORES DE GESTION PROCESO DE CONTROL INTERNO

La Oficina Asesora de Control Interno cuenta con los siguientes indicadores, los cuales se miden a través del Sistema de Gestión Integral Software **ALMERA** y cuyo resultado presentamos a continuación.

Indicador “Cumplimiento Plan de Auditorías”



Se ha realizado medición del cumplimiento del Programa Anual de Auditorías desde el año 2014 el cual es presentado anualmente ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

El proceso de Control Interno gestiona el Programa Anual de Auditorías. El indicador de cumplimiento del Programa anual de auditorías tuvo un comportamiento (resultados), con corte a 30 de diciembre de 2020 de 100%, obteniéndose la meta esperada.

Indicador “Cumplimiento en la elaboración de informes de ley”



Se ha realizado medición trimestral, en la vigencia 2020, del cumplimiento en la elaboración de informes de ley el cual es presentado anualmente ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

El proceso de Control Interno gestiona los informes de ley en el Plan Anual de Auditorías. El indicador de cumplimiento en la elaboración de informes de ley tuvo un comportamiento (resultados), con corte a 30 de diciembre de 2020 de 100%, obteniéndose la meta esperada.

Indicador “Seguimientos a planes de mejoramiento institucionales”



Se ha realizado medición semestral, en la vigencia 2020, del seguimiento a planes de mejoramiento institucionales.

Este indicador tuvo un comportamiento (resultados), con corte a 30 de diciembre de 2020 de 77.78%, obteniéndose la meta esperada, que era mínimo del 50%.

RECOMENDACIONES

Fortalecer la formulación aplicación y análisis de los indicadores con el propósito de constituirse en instrumentos de evaluación y control de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.

Continuar ejerciendo controles "autocontrol" para el cumplimiento de todas las acciones de mejora.



JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyectó: Sandra Milena Mendoza Amado. Profesional de apoyo. Oficina Control Interno. CPS