

INFORME ANUAL DE LA EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

VIGENCIA 2021

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO	4
ALCANCE DEL INFORME	4
1. MEDICIÓN ESTADO DE AVANCE DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI	4
1.1. ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	4
1.2. RESPUESTAS DADAS PARA LA VIGENCIA 2020 A TRAVÉS FURAG DESDE EL ROL DE CONTROL INTERNO	7
2. INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	8
3. HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ESE HUS	10
3.1 Auditoría Contraloría General de la República	10
3.2 Auditoría Contraloría General de Santander	17
3.3 Planes de mejoramiento Acreditación	18
CONCLUSIONES	19

INTRODUCCIÓN

El Decreto 2145 de 1999 (reglamentario de la Ley 87 de 1993), le asignó a las oficinas de control interno la obligación de verificar en sus respectivas entidades, la efectividad de los sistemas de control interno para alcanzar los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana. Con este propósito, el mismo decreto establece para estas oficinas el deber de presentar el Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno al representante legal de la entidad. Estos informes se convierten cada año en el insumo para elaborar el informe consolidado sobre el Sistema de Control Interno en el Estado.

Mediante el Decreto 153 de 2007 el Gobierno Nacional le asignó al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno la responsabilidad por fijar cada año los lineamientos para su elaboración, para lo cual y en aras de facilitarle a las entidades obligadas la elaboración del informe, el Consejo diseñó e implementó un sistema virtual de autoevaluación que debe ser diligenciado anualmente. En 2014 mediante la expedición del Decreto 943 el Gobierno actualizó la estructura del Modelo Estándar de Control Interno y en cuanto a la autoevaluación correspondiente al año 2016, el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante la decreto 1499 DE 2017 se articula el Modelo Estándar de Control Interno en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

Una de las dimensiones de MIPG es la de "Control Interno". MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, políticas, métodos, procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para su prevención, verificación y evaluación. Por tanto, para MIPG el Sistema de Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones atiendan su propósito.

Esta dimensión corresponde al Sistema de Control Interno SCI (previsto en la Ley 87 de 1993), integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos y se opera a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

En función de la articulación de los sistemas de gestión y de control se cuenta con la versión actualizada del MECI, fundamentada en cinco componentes tomando como referencia el Modelo COSO y, bajo un esquema de asignación de responsabilidades para la gestión del riesgo y control (Tres Líneas de Defensa), no siendo una tarea exclusiva de las oficinas de control interno.

La actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI considera el ejercicio del control interno como transversal a las demás dimensiones. La estructura del MECI actualizado está integrada por cinco componentes teniendo como referente el modelo COSO y permeada por una asignación clara de responsabilidades frente a la gestión de riesgos y del control (enmarcado los Lineamientos Estratégicos y las Tres Líneas de Defensa), no siendo tarea exclusiva de las oficinas de control interno.

Los componentes que contempla la actualización son: Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación y Actividades de monitoreo.

Así las cosas, el propósito de este informe es presentarle al señor Gerente, los resultados detallados de la evaluación al Modelo Integrado de Planeación y Gestión mediante al cumplimiento del Plan de Implementación MIPG, correspondiente a la vigencia 2021.

OBJETIVO

Evaluar de manera integral e independiente el Sistema de Control Interno (Institucional y Contable) en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, para el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021; estableciendo el grado de avance en la implementación de la actualización del MECI frente a los lineamientos establecidos mediante el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, referente a la dimensión de Control Interno esta actualización, que fue aprobada por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno, contribuirá al mejoramiento de la gestión de las entidades de la Administración Pública, además el Control Interno Contable (Resolución 357 de 2008), Evaluación por Dependencias (Ley 909 de 2004), Austeridad del Gasto (Decreto 26 de 1998), y en cumplimiento del artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011.

ALCANCE DEL INFORME

El presente informe evaluativo del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, se realiza con base en las actividades desarrolladas por la Oficina Asesora de Control Interno en las diferentes dependencias durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, igualmente se describe los resultados obtenidos mediante el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en cada uno de los módulos y eje transversal reportados en los informes cuatrimestrales presentados a la Función Pública y publicados en la página web institucional.

1. MEDICIÓN ESTADO DE AVANCE DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI

1.1. ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Para tal efecto, el Departamento Administrativo de la Función Pública, mediante Circular Externa Nro. 100-003 de 2021 del 05 de febrero de 2021, emitió directrices y se establecieron las fechas para el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG, vigencia 2020 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.

Cobertura institucional de las Encuestas.

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

- Autoevaluación realizada por cada uno de los líderes de políticas MIPG
- 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

Es de anotar que el resultado de este informe se emitió por el Departamento Administrativo de Función Pública y fue socializo con el comité de Gestión y Desempeño, según Acta No. 07 del 28 de junio de 2021 y Acta No. 13 del 27 de diciembre de 2021 y en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como reposa en el acta No. 002

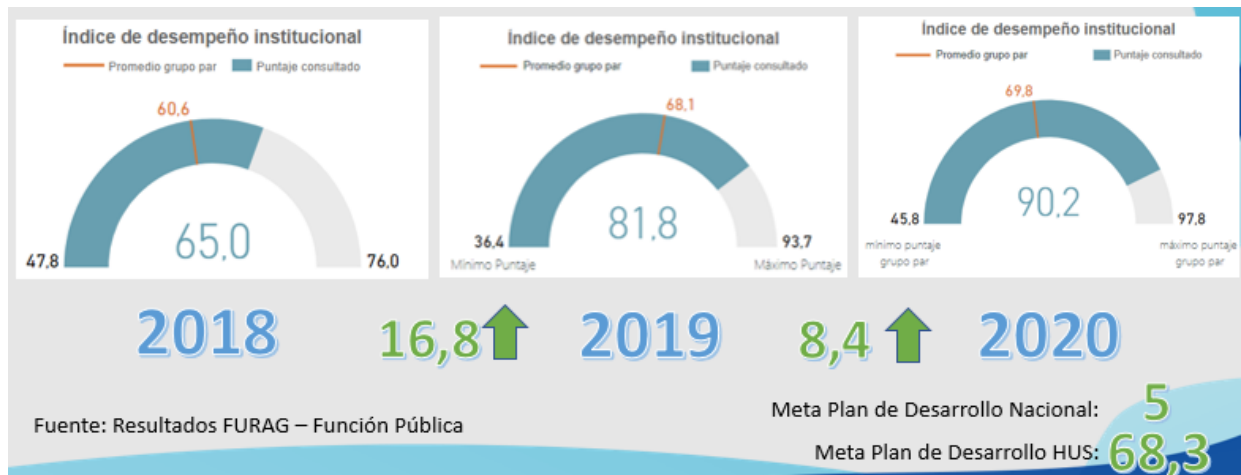
de septiembre 30 de 2021 y por último se presentó un informe interno al nivel gerencial y directivo donde se pudo evidenciar las fortalezas, debilidades y establecer las oportunidades de mejoramiento en la vigencia 2021.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

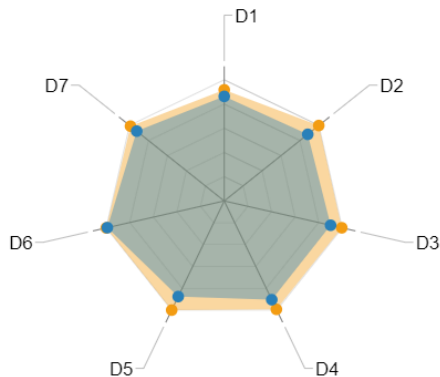
Fuente: Resultados FURAG II

Evolución del índice de desempeño Institucional:



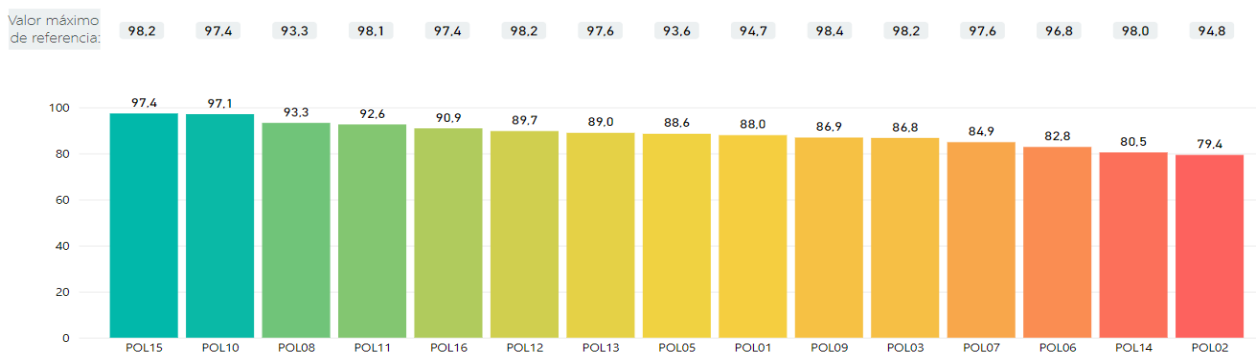
Índices de las dimensiones de gestión y desempeño:

● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado



Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
D1: Talento Humano	84,9	90,2
D2: Direccionamiento y Planeación	86,8	98,2
D3: Gestión para Resultados	88,6	97,9
D4: Evaluación de Resultados	89,0	97,6
D5: Información y Comunicación	86,2	98,3
D6: Gestión del conocimiento	97,4	98,2
D7: Control Interno	90,9	97,4

Índices de las políticas de gestión y desempeño:



POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano
 POL02: Integridad
 POL03: Planeación Institucional

POL05: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
 POL06: Gobierno Digital
 POL07: Seguridad Digital
 POL08: Defensa Jurídica

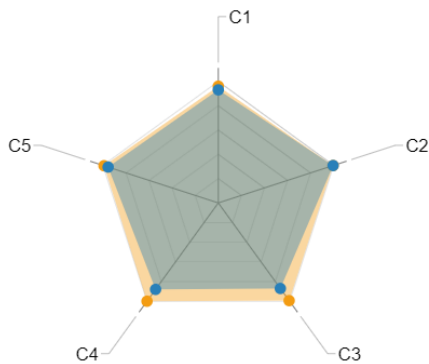
POL09: Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción
 POL10: Servicio al ciudadano
 POL11: Racionalización de Trámites
 POL12: Participación Ciudadana en la Gestión Pública

POL13: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
 POL14: Gestión Documental
 POL15: Gestión del conocimiento
 POL16: Control Interno



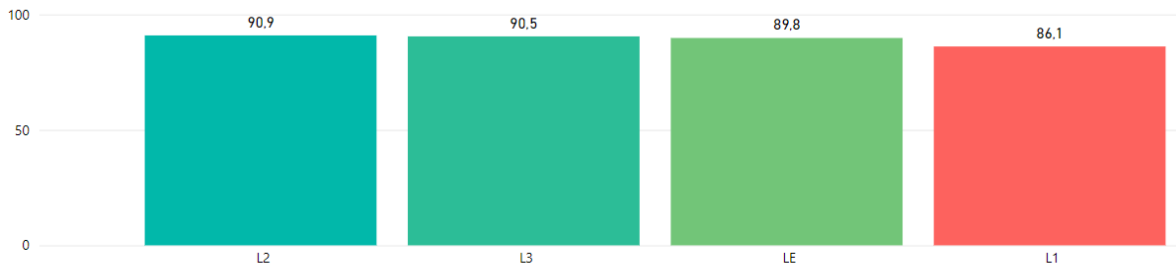
ÍNDICES DE DESEMPEÑO DE LOS COMPONENTES MECI:

● Valor máximo de referencia ● Puntaje consultado



Dimensión	Puntaje consultado	Valor máximo de referencia
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	91,3	94,24
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	97,6	97,62
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	85,4	97,52
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	86,3	98,11
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	93,7	97,20

ÍNDICES DE DESEMPEÑO DE LAS LÍNEAS DE DEFENSA



Nota: Los colores en este gráfico no representan un alto o bajo desempeño, sino un ranking de las líneas de defensa a partir de los puntajes de la consulta.

Id índice	Descripción
LE	CONTROL INTERNO: Línea Estratégica
L1	CONTROL INTERNO: Primera Línea de Defensa
L2	CONTROL INTERNO: Segunda Línea de Defensa
L3	CONTROL INTERNO: Tercera Línea de Defensa

1.2. RESPUESTAS DADAS PARA LA VIGENCIA 2020 A TRAVÉS FURAG DESDE EL ROL DE CONTROL INTERNO

En el mes de abril se diligencio la evaluación del tema referido, en forma participativa con los grupos de trabajo de la Oficina Asesora de Control Interno, Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y líderes representativos de los procesos institucionales, respondiendo a cada una de las preguntas abiertas y cerradas que este documento estableció y se diligenció en el aplicativo FURAG II (Modelo Integrado de Planeación y Gestión).

Se anexa a este informe PDF denominado FormularioDiligenciadoRDM10_2785165250379825237 que describe las respuestas dadas a cada una de las preguntas del FURAG por parte del Jefe de Control Interno, con un total de 14 folios.

A continuación, se muestra imagen del Certificado Electrónico 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 2020:

Certificado de diligenciamiento
Vigencia 2020



El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

DEPARTAMENTO: Santander

MUNICIPIO: BUCARAMANGA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno

NOMBRE DILIGENCIADOR: JULIO HERNÁN VARGAS con C.C No.91248457

HABILITADO DESDE – HASTA: 29/01/2021 - 15/04/2021

VIGENCIA REPORTADA: 2020

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

En constancia se firma,



María del Pilar García
Directora Gestión y Desempeño Institucional

2. INFORME DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

2.1 INFORMES SEMESTRALES PRESENTADOS 2021.

En atención a lo establecido en el Decreto 2106 de 2019, “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” (artículo 156), donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina Asesora de Control Interno presentó los respectivos informes en los siguientes periodos:

PERIODO DEL INFORME	PUBLICACIÓN EN PÁGINA WEB
01 de enero de 2021 al 30 de junio de 2021	http://www.hus.gov.co/tabla-de-reportes-de-control-interno/
01 de julio de 2021 al 31 de diciembre de 2021	http://www.hus.gov.co/tabla-de-reportes-de-control-interno/

Para su elaboración se realizó análisis articulado frente al desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el modelo MIPG y su efectividad en relación con la estructura de control, éste último aspecto esencial para garantizar el buen manejo de los recursos, que las metas y objetivos se cumplan y se mejore la prestación del servicio a los usuarios, ejes fundamentales para la generación de valor público.

2.2 AVANCES GENERADOS EN LAS VIGENCIAS, ACCIONES PENDIENTES Y RECOMENDACIONES EXISTENTES PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA

Los avances generados se podrán consultar en el cada uno de los informes presentados, que permiten establecer que el Sistema de Control Interno evaluado se encuentra PRESENTE y FUNCIONANDO. Las fuentes utilizadas para ese análisis fueron: Resultados plan de mejoramiento de Acreditación, resultados Plan de acción, resultados planes de mejoramiento auditorías externas e internas, auditorías internas, resultados seguimiento mapa de riesgos, resultados plan de implementación MIPG, consultadas en la plataforma ALMERA.

Las siguientes son las recomendaciones generales dadas para el fortalecimiento del sistema:

- Gestionar los riesgos y controles relacionados con la fuga de capital intelectual como acción para conservar el conocimiento de los servidores públicos.
- Implementar mecanismos de evaluación sobre el nivel de interiorización de los valores por parte de los servidores públicos. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
- Crear canales de consulta para conocer las sugerencias, recomendaciones y peticiones de los servidores públicos para mejorar las acciones de implementación del código de integridad de la entidad.
- Implementar canales de denuncia y seguimiento frente a situaciones disciplinarias y de conflictos de interés que faciliten la formulación e implementación oportuna de acciones de control y sanción de los conflictos de interés.
- Implementar canales de consulta y orientación para el manejo de conflictos de interés articulado con acciones preventivas de control de los mismos. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
- Identificar los riesgos de conflictos de interés que pueden presentarse en la gestión del talento humano para la gestión preventiva de los mismos y la incorporación de mecanismos de control.

2.3 CONCLUSIONES DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO, EVIDENCIADAS DENTRO DEL EJERCICIO DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

A continuación, se establece para cada uno de los componentes del MECI si se encuentran PRESENTES y FUNCIONADO, con su % de avance:

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas
Ambiente de control	Si	92%	Se cuenta con directrices claras para mantener un ambiente de control adecuado. Es necesario establecer indicadores de medición del impacto que permitan medir y valorar los cambios, y proponer acciones de mejora que surjan de las capacitaciones.
Evaluación de riesgos	Si	100%	Se identifican los riesgos para la consecución de los objetivos en todos los niveles de la entidad y se analizan como base sobre la cual determinar cómo se deben gestionar.
Actividades de control	Si	96%	Se identifican y analizan los riesgos reales o potenciales que amenazan la misión y los objetivos y en beneficio de la protección de los recursos propios o de los terceros por la primera línea de defensa.
Información y comunicación	Si	89%	La política de comunicación, los canales previstos para la difusión de comunicación interna y externa satisface un nivel aceptable los criterios de seguridad de la información y comunicación asertiva de la misma.
Monitoreo	Si	100%	Las evaluaciones periódicas de la segunda línea de defensa y las evaluaciones independientes de la tercera línea ayudan a detectar oportunamente riesgos, actividades de monitoreo y oportunidades de mejora para mantener un sistema de control interno aceptable.

El resultado de las labores de evaluación y acompañamiento adelantadas en el periodo evaluado por la Oficina Asesora de Control Interno, y en particular al nivel de madurez del Sistema de Control Interno (Dimensión de Control Interno - Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG), nos permiten concluir que la ESE Hospital Universitario de Santander sigue mostrando un Sistema de Control Interno aceptable como para darle garantías al Estado y demás grupos de interés de que sus procesos y operaciones se enmarcan en el cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos institucionales, con un porcentaje global de 96% de avance.

Se requiere a los procesos relacionados con los ítems de los lineamientos no alcanzados, definirán planes de mejora para cada ítem por componente del MECI ya analizados y se recomienda continuar analizando estos temas en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

3. HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ESE HUS

3.1 Auditoría Contraloría General de la República

En atención al plan de mejoramiento suscrito, producto de la Auditoría de Actuación Especial de Fiscalización, me permito remitir el informe de acciones cumplidas, de acuerdo a la obligación que tienen las Oficinas de Control Interno de los sujetos de control descrita en la circular 005 del 11 de marzo de 2019, donde se verificó que las acciones a corte de septiembre 30 de 2021 subsanan las deficiencias encontradas por la CGR:

Hallazgo	Acción de mejoramiento	Fecha iniciación	Fecha terminación	Descripción de lo realizado	Porcentaje de Avance
Contrato de obra No 479 de 2015 - Suspendido (A , D)	Terminar la construcción de la subestación eléctrica y acometida	1/01/2020	31/12/2020	La obra física se encuentra terminada. Se han realizado gestiones para realizar la migración de cargas de la subestación antigua a la nueva subestación. Efectos de la pandemia han generado atrasos en las actividades e incapacidades en los equipos de obra e interventoría.	92%
Presupuesto de ingresos 2019	Registrar y Adicionar al presupuesto los recursos efectivamente recaudados.	1/01/2021	31/01/2021	En las Ejecuciones Presupuestales de Ingresos y Gastos , se adicionan los recursos recibidos por la Entidad.	100%
Transferencias Nacionales	Incorporar los recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el rubro de 0204 Transferencia y Aportes - 020490 Aportes Recibidos del Gobierno Nacional - 0204900002 Otras Transferencias Nacionales Ministerio de Salud.	1/01/2021	31/01/2021	Los Ingresos recibidos por la ministerio de la protección de Salud, se reflejan en las trasferencias Nacionales	100%
Cierre presupuestal La entidad no realiza el acto administrativo por medio del cual se realiza el cierre presupuestal.	Creación del Instructivo del Cierre Presupuestal, socialización. Expedir el acto administrativo por medio de la cual se se realiza el cierre presupuestal en la E.S.E HUS.	1/12/2020	30/01/2021	Se realiza el instructivo para realizar el cierre fiscal financiero codificado GFI - PRE-IN-04. Se expide la resolucio 030 del 28 de Enero de 2021	100%

Hallazgo	Acción de mejoramiento	Fecha iniciación	Fecha terminación	Descripción de lo realizado	Porcentaje de Avance
<p>Pasivos exigibles</p> <p>Deficiencias de control interno en los procesos administrativos y de planeación, asociados a la ejecución de los contratos y en la labor de supervisión e inadecuados canales de comunicación entre las áreas, lo que conlleva a que no haya oportunidad en la entrega de los proyectos para beneficio de la comunidad y se tenga en el presupuesto rubros comprometidos y no ejecutados por varias vigencias, que impiden su inversión</p>	<p>Seguimiento continuo a los contratos suspendidos de vital importancia para la institución.</p> <p>Realizar acciones necesarias de contratos pasivos exigibles que presentan situaciones de resolver jurídicamente.</p>	1/03/2021	31/12/2021	Se realizan cierres financieros de los contratos que perdieron la competencia de la suscripción del acta de liquidación	50%
<p>Consignaciones por identificar</p> <p>Falencias en las acciones y controles a fin de mejorar la calidad de la información financiera al cierre de la vigencia fiscal; lo cual genera una subestimación en el ingreso a 31 de diciembre de 2019 en \$36.225.912 y a 30 de junio de 2020 por \$75.966.825, al revelar cuentas por pagar por los recaudos pendientes de identificar y sobrestimación en las cuentas por cobrar en los citados valores.</p>	<p>Realizar seguimiento mensual a la totalidad de los pagos realizados y enviados al área de cartera para su identificación.</p> <p>Enviar un consolidado a las respectivas áreas de los dineros que le consignen a las cuentas del hospital, y que estén pendientes por identificar mensualmente</p>	1/01/2021	31/12/2021	Se identificaron el 99,99% de los pagos realizados por las diferente ERP. Semanalmente se realiza un barrido a los Bancos con el fin de que los dineros que ingresan a las cuentas bancarias de la ESE HUS sean identificados en su totalidad (Se envían correos semanalmente de los que se encuentra pendiente por identificar en el mes). A corte 30 de Junio de 2021 la cuenta contable 24072001 denominada consignaciones por identificar asciende a la suma de (\$ 23.963.876).	50%
<p>Depuración Cartera</p> <p>Por deficiencias en la gestión administrativa para producir información financiera con las características de relevancia y representación fiel, así como, el seguimiento, implementación de controles en la depuración de la</p>	<p>Se notificara cartera mensualmente, donde se realizara el cobro de la cartera y se invita a las ERP a conciliar.</p> <p>Se reportara los incumplimientos al giro directo con la notificación a la Supersalud para que tome las</p>	1/01/2021	31/12/2021	Se notificaron al 100% de las entidades desde el mes de enero al mes de junio de 2021, donde se le realiza el cobro de la cartera. Se notificaron mensualmente los incumplimientos al giro directo desde enero a junio de 2021	50%

<p>cartera para el suministro de información hacia el área contable, aunado a que la ESE HUS no ha adelantado acciones más efectivas a fin de mejorar la oportunidad y calidad en la facturación e implementar los controles que sean necesarios para evitar las prácticas indebidas de las Entidades Responsables de pago, lo cual trae como consecuencia que no se cuente con la liquidez necesaria para la prestación del servicio público en salud de manera eficiente, eficaz, lo cual se traduce en una disminución de los activos generadores de efectivo o equivalente, que incide en el resultado de sus utilidades al cierre de la vigencia fiscal, excedente del ejercicio soportado en los Otros ingresos como son las Transferencias y Subvenciones.</p>	<p>medidas de su competencia. Se entregara cartera mayor a 120 días al área de jurídica para el inicio del cobro prejurídico de la información que no este cancelada Se realizaran 6 conciliaciones de glosas mensualmente para aumentar el reconocido para pago con las diferentes ERP Asistir a las Mesas que se realicen en el marco de la circular 030 y Mesas de la Supersalud Pre-Auditoria de factura - Acercamiento con las EPS para definir herramientas de radicación, Realizar repotes de las Prácticas indebidas de las diferentes ERP a la Secretaria de Salud Departamental y a la Supersalud</p>			<p>Se realizo la entrega de la cartera mayor a 120 días desde el mes de enero a junio de 2021 Se realizaron 100 actas entre el periodo de enero a junio de 2021 Se asistio a las Mesas de la circular 030 y supersalud que fueron celebradas durante el primer semestre del 2021. Se realiza seguimiento a través de revisoria de cuentas y auditoria medicas se da aplicacion al formato GFI-FAC-FO-04 LISTA DE CHEQUEO DE FACTURA, ademas se realizan frecuentes reuniones con ERP con el fin de capacitar sobre lo relacionado a radicacion de facturas y autorizaciones. Se reportan las practicas indebidas e irregularidades de flujo de recursos a las difentes ERP durante el primer semestre del 2021.</p>	
<p>Otros Activos No se da cumplimiento, por parte de los responsables, a las acciones tendientes a suministrar la información correspondiente para el adecuado manejo del proceso contable; situación que genera incertidumbre en el reporte de los activos de la Entidad y una subestimación en el gasto en cuantía de \$113.606.266 por los bienes y servicios pagados por anticipado, con incidencia en el resultado del ejercicio y una sobrestimación en el activo por \$10.262.677.</p>	<p>Llevar al Gasto las cuentas de Otros Activos - Bienes y Servicios Pagados por Anticipado Contribuciones efectivas. Reclasificar la cuenta de Otros Activos - Recursos Entregados en Administracion a Contribuciones efectivas</p>	<p>1/01/2021</p>	<p>31/12/2021</p>	<p>Se realiza la cancelación del 100% de la cuenta 19051201 Otros Activos-contribuciones efectivas Se realiza el traslado del 100% a la cuenta 19051201 contribuciones efectivas, el día noviembre 30 de 2020</p>	<p>100%</p>

Hallazgo	Acción de mejoramiento	Fecha iniciación	Fecha terminación	Descripción de lo realizado	Porcentaje de Avance
<p>Provision Procesos Judiciales Deficiencias en la aplicación del Marco Normativo sobre Provisiones, así como de las políticas contables y del estudio del nivel de riesgo y probabilidad de la ocurrencia de la contingencia judicial para actualizar el registro de la provisión, lo cual genera incertidumbre en su saldo y posible riesgo de pago de intereses moratorios por no contar oportunamente con la totalidad de los recursos previstos para la cancelación pago de las contingencias judiciales, subestimando el Pasivo a cargo de la entidad y por ende con una sobrestimación en su Patrimonio.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Solicitar capacitación por parte de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado a las dependencias encargadas sobre la metodología de calificación del riesgo y la conformación de la provisión contable. 2) Realizar seguimiento por parte de la oficina jurídica de la ESE HUS con el soporte del área contable de la misma entidad, en la cual se realice un cotejo de la información contenida en la provisión contable, partiendo de lo reportado por defensa judicial y lo registrado formalmente en la contabilidad de la ESE. 3) Generar la obligación al área de defensa judicial de remitir a la oficina jurídica y al área contable de la entidad, máximo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su ocurrencia, las modificaciones que sufra la provisión contable en razón al avance de los procesos judiciales. 			<p>Se realiza solicitud de capacitación a la ANDJE y se encuentra en espera de respuesta por parte de la comunidad jurídica del conocimiento para evaluar las probables fechas de los cursos que aplican para esta temática.</p> <p>El Comité de Conciliaciones cuenta con las actas de las sesiones en las cuales se presentaron semestralmente las actualizaciones del informe de provisión contable, así mismo, el Dr. German Yesid , Jefe de la oficina asesora jurídica, certifica las fechas en las cuales se realizaron reuniones para verificar los cambios presentados en el informe de provisión contable.</p> <p>Se allega soporte del envío de la provisión contable, valga señalar que la obligación se encuentra contenida en el contrato celebrado con defensa judicial.</p>	50%

Hallazgo	Acción de mejoramiento	Fecha iniciación	Fecha terminación	Descripción de lo realizado	Porcentaje de Avance
<p>Cuentas por Pagar</p> <p>Deficiencias en la aplicación del Regimen de Contabilidad Pública, respecto a la revelación detallada de la información, lo que conlleva a que la información financiera no sea útil para la satisfacción de las necesidades de los usuarios y no permite la adecuada toma de decisiones para una gestión eficiente de sus recursos, con afectación de los resultados en los indicadores financieros.</p>	Incluir en las Notas a los Estados Financieros un cuadro donde se discriminen las cuentas por pagar a nivel de cuenta por edades	1/02/2021	31/03/2021	Se incluye en las Notas a los Estados Financieros, el cuadro en donde se discrimina las cuentas por pagar , por edad de las cuentas, valor y porcentaje.	100%
<p>Reconocimiento de ingresos por Venta de Servicios</p> <p>La diferencia presentada entre los reconocimientos de ingresos por venta de servicios y lo contabilizado obedece a la falta de adoptar acciones y estrategias necesarias para que exista un adecuado y oportuno flujo de información y documentación hacia las áreas, lo cual afecta la confiabilidad de la información financiera del Hospital, e incide para la toma de decisiones en la utilización de los recursos técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.</p>	Realizar acciones necesarias que identifiquen las diferencias en cada uno de los modulos.	1/12/2020	31/12/2021	Trimestralmente se realiza conciliación entre los modulos de Contabilidad, Facturación, Cartera y Presupuesto, donde se justifican las diferencias entre los modulos.	50%

Hallazgo	Acción de mejoramiento	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Descripción de lo realizado	Porcentaje de Avance
Contrato No. 530 de 2013 - deficiencias de planeación y atraso de obra.	Generar acciones de control sobre los actores que ejecutan el proyecto; que permitan, la finalización o iniciar proceso de liquidación del contrato 530 de 2013 en el año 2021	1/12/2020	31/12/2021	Avances en la gestión que han permitido logros en la ejecución contractual	97,91%
Contrato No. 530 de 2013 - Falta de planeación - Factores técnicos e inexactitud de los estudios del proyecto, deficiente cuantificación de las cantidades y actividades de obra a ejecutar.	Realizar seguimiento a la ejecución del contrato 530 de 2013. Realizar seguimiento a la ejecución del proyecto de finalización de la central de urgencias una vez sea contratado e iniciado.	1/12/2020	31/12/2021	Avances en la gestión que han permitido logros en la ejecución contractual. Seguimiento a la ejecución contractual mediante la estrategia Compromiso Colombia de la CGR. Presentación de actualización de presupuesto del proyecto de finalización de la central de urgencias debido al aumento en los costos de construcción por efectos de la pandemia. El proyecto fue puesto en página en 3 ocasiones y declarado desierto.	56%
Suministro e instalación de equipos Contrato 156 de 2020.	Establecer plazos de ejecución de los contratos que respondan a las múltiples variables externas que puedan afectar el oportuno cumplimiento.	1/12/2020	31/12/2021	Durante la vigencia 2021, se suscribió el contrato 107 de 2021 con objeto "Compra venta de equipos médicos para la prestación de servicios de salud a la población afectada por covid 19 en la ESE Hospital Universitario de Santander", con un plazo de tres (3) meses, generando un periodo de ejecución suficiente para la entrega de los equipos. El contrato se ejecutó durante el periodo establecido .	50%

Hallazgo	Acción de mejoramiento	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Descripción de lo realizado	Porcentaje de Avance
Contrato 067 de 2015 - Atraso de obra (Construcción del reforzamiento estructural de las placas del área de Urgencias)	Generar acciones de control sobre los actores que ejecutan el proyecto; que permitan, la finalización o iniciar proceso de liquidación del contrato 067 de 2015 en el año 2021	1/12/2020	31/12/2021	Gestiones que han permitido en avance de la obra	92%
Certificado de conformidad de Producto Requisito RETIE (Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas)	Solicitar certificación de tableros de baja tensión	1/12/2020	31/12/2021	Se obtuvo certificación retie para la subestación eléctrica	100%
Contrato No. 479 de 2015 - Construcción de Subestación Eléctrica y Acometida de 13,2KV a 34,5KV	finalización o iniciar proceso de liquidación del contrato 479 de 2015 en el año 2021	1/12/2020	31/12/2021	La obra física se encuentra terminada. Se han realizado gestiones para realizar la migración de cargas de la subestación antigua a la nueva subestación. Efectos de la pandemia han generado atrasos en las actividades e incapacidades en los equipos de obra e interventoría.	92%
Glosas Facturación Falta de supervisión en el proceso de facturación y en especial en los documentos soportes de las facturas antes de ser radicadas en la ERP, hecho que afecta la liquidez, el flujo de recursos y el margen de utilidad de la entidad, así como el desgaste administrativo por realización de procesos y actividades ya realizadas las cuales generan costos operativos y administrativos y contribuyen a que las entidades Deudoras mantengan los recursos del Sistema de Seguridad social en salud en sus cuentas	Establecer medidas de control en los diferentes procesos que intervienen en la generación de la factura que permita mejorar el flujo de recursos para la ESE HUS, relacionados con soportes de factura de acuerdo a lo establecido normativamente. Pre-auditoría de la factura, Acercamiento con las EPS para definir herramientas de radicación, Realizar repote de prácticas indebidas de las diferentes ERP a la Secretaría de Salud Departamental y a la Supersalud.	1/12/2020	31/12/2021	Se realiza control y seguimiento sobre trámite de autorizaciones, parametrización del sistema que permita disminuir el porcentaje de glosa inicial, sin embargo se presentan porcentajes de glosa inicial alta durante los tres primeros meses sobre lo cual se hará seguimiento si es inherente al proceso de facturación o es estrategia de la ERP para contención del costo. Se realiza seguimiento a través de revisoría de cuentas y auditoría médica se da aplicación al formato GFI-FAC-FO-04 LISTA DE CHEQUEO DE FACTURA, además se realizan	50%

bancarias por largos periodos de tiempo.				frecuentes reuniones con ERP con el fin de recapacitar sobre lo relacionado a radicacion de facturas y autorizaciones Se realizan reportes de practicas indebidas y se retroalimenta al proceso par atomar acciones correctivas dependiendo de la incidencias reportadas	
Radicación de facturas. Falta de control en el proceso de radicación de facturas ante las ERP, hecho que representa un riesgo en el vencimiento de la factura para el cobro, adicionalmente afecta el flujo de recursos de la entidad y su liquidez.	Garantizar las entrega oportuna de la facturas a cartera para su radicación Realizar reporte de practicas indevidas de las diferentes ERP a la Secretaria de Salud Departamental y a la Supersalud	1/12/2020	31/12/2021	Se realiza seguimiento a pendientes por radicar, ingresos abiertos y a faakturacion ya lista para ser remitida por el contratista al area de cartera para su radicación Se realizan reportes de practicas indebidas y se retroalimenta al proceso par atomar acciones correctivas dependiendo de la incidencias reportadas	50%

3.2 Auditoria Contraloría General de Santander

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.

Por la cantidad de acciones acumuladas en los planes de mejoramiento del 2016 al 2019, se anexa el último seguimiento a este informe.

Así mismo, en cumplimiento del rol de Relación con Entes de Control determinado en la ley marco 87 de 1993 y Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno sirvió de enlace para la entrega de los documentos y los requerimientos formulados por la Auditoría Fiscal realizada por la Contraloría General de la República y la Contraloría General de Santander en la vigencia 2021, brindando la información solicitada en forma oportuna a los equipos auditores de cada Ente de Control.

Como resultado final de estas auditorías, el jefe de la Oficina Asesora de Control Interno participo en la elaboración de los respectivos Planes de Mejoramiento y se suscribieron para su aprobación.

En la página web institucional se encuentran los respectivos planes de mejoramiento e informes de seguimiento: <http://www.hus.gov.co/planes-de-mejoramiento/>

3.3 Planes de mejoramiento Acreditación.

De acuerdo a la planeación del séptimo ciclo de preparación para la Acreditación de la E.S.E Hospital Universitario de Santander, del 16 al 18 de noviembre de 2.021 se cumplió con el cuarto seguimiento interno y además se constituye como cierre del séptimo ciclo de Autoevaluación, donde, para el periodo comprendido entre enero a noviembre de 2021, se programaron 438 acciones de mejoramiento distribuidas por grupo de estándares y se programó el cumplimiento de 142 acciones de mejoramiento de las 438 definidas para la vigencia 2021, distribuidas por grupo de estándares así:

CUARTO SEGUIMIENTO SÉPTIMO CICLO PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN		
PERIODO DEL SEGUIMIENTO		OCTUBRE/NOVIEMBRE
FECHA DE REALIZACIÓN DEL TERCER SEGUIMIENTO		NOVIEMBRE 16, 17 Y 18 DE 2021
ESTANDAR	TOTAL ACCIONES PROGRAMADAS	TOTAL ACCIONES EJECUTADAS
DIRECCIONAMIENTO	9	9
GERENCIA	10	10
TALENTO HUMANO	12	12
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	8	8
GERENCIA INFORMACIÓN	10	10
GERENCIA DE AMBIENTE FISICO	11	11
PACAS	76	76
MEJORAMIENTO CONTINUO	6	6
TOTAL	142	142

Según el cuarto seguimiento de ciclo realizado se determina un cumplimiento del 100% en las acciones de mejoramiento que se planearon para el periodo comprendido entre el 01 al 30 de noviembre:

ACCIONES PRIORIZADAS VIGENCIA 2021						
ESTANDAR	TOTAL ACCIONES PRIORIZADAS	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADA	NO INICIADA	% EJECUCIÓN
DIRECCIONAMIENTO	22	22	0	0	0	100%
GERENCIA	29	29	0	0	0	100%
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	51	51	0	0	0	100%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	27	27	0	0	0	100%
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	37	37	0	0	0	100%
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	38	38	0	0	0	100%
PACAS	209	209	0	0	0	100%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	25	25	0	0	0	100%
TOTAL	438	438	0	0	0	
PORCENTAJE %		100%				

Para el séptimo ciclo de autoevaluación a corte del mes de noviembre, se determina cumplimiento total de las 438 acciones de mejoramiento priorizadas que corresponde a un 100%.

CONCLUSIONES

El resultado de las labores de evaluación y acompañamiento adelantadas durante el año 2021 por la Oficina Asesora de Coordinación de Control Interno, nos permiten concluir que la ESE Hospital Universitario de Santander sigue mostrando un Sistema de Control Interno suficientemente maduro como para darle garantías al Estado y demás grupos de interés de que sus procesos y operaciones se enmarcan en el cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos institucionales.

En cuanto al Modelo Integrado de Planeación MIPG es un modelo que permitirá una gestión más eficiente de las entidades públicas, así como un trabajo articulado de las entidades que lideran las 17 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional y que articulará el MECI. Este modelo es un marco de referencia para la administración pública sobre una mejor forma de adelantar su gestión, reduciendo las cargas que hoy existen en cuanto al reporte de información sobre los avances en cada una de tales políticas. Corresponde a las ESE HUS adoptar el Manual Operativo de MIPG, ponerlo en funcionamiento y aplicar los mecanismos de evaluación a los avances de implementación diligenciando el Formulario Único de Reporte y Avance de la Gestión FURAG

Reconociendo que la implementación del MIPG es un reto para todos, se recomienda participar activamente de los autodiagnósticos, socializaciones y capacitaciones que se realicen del tema.

Es importante destacar que existe avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, sin embargo, es necesario tomar medidas de acción, documentar las adecuaciones y ajustes requeridos para implementar el Modelo y se vean reflejados en el Plan de Acción Institucional.


JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS
 Jefe Oficina Asesora de Control Interno

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