

INFORME DE LABORES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

01 de ENERO A 31 de DICIEMBRE 31 DE 2019

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	13
1.4.1 Seguimiento a planes de mejoramiento derivados de auditorías internas de Control Interno.....	13
2. ROL DE ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO.....	15
3. VALORACION DEL RIESGO.....	16
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	29
6. RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANAÍA.....	29
7. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL DE LAS ACTIVIDADES A CARGO DE LA OCI ...	30
8. REPORTE A LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE	32
10. INDICADORES DE GESTIONUNIDAD DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTION INTEGRAL	33
RECOMENDACIONES.....	35

INTRODUCCIÓN

La Oficina 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 2019, 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 febrero 25 de 2019, el Plan anual de Auditorías de Control Interno, para la vigencia 2019, 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 25 de febrero de 2019, según acta No. 01, el Programa Anual de Auditorías para la vigencia, que correspondió a 23 auditorías, y 37 informes de ley.

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 de Calidad	1	1	0	0	100%
Auditoria SIAU	1	1	0	0	100%
Auditoria Ingreso del Talento Humano	1	1	0	0	100%
Auditoria Desarrollo del Talento Humano	1	1	0	0	100%
Auditoria Presupuesto	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 Urgencias	1	1	0	0	100%
Auditoria Servicios médicos	1	1	0	0	100%
Auditoria UCI	1	1	0	0	100%
Auditoria Esterilización	1	1	0	0	100%
Auditoria Oncología	1	1	0	0	100%
Auditoria Laboratorio Clínico	1	1	0	0	100%
Auditoria Farmacia	1	1	0	0	100%

AUDITORIA	PROG	EJEC	DES	PTES	% EJECUCIÓN
Auditoria Mantenimiento	1	1	0	0	100%
Auditoria Servicios básicos	1	1	0	0	100%
Seguimiento Obras	1	1	0	0	100%
Auditoría Ambiental	1	1	0	0	100%
Auditoria Gestión Documental	1	1	0	0	100%
Auditoria Jurídica	1	1	0	0	100%
Auditoria Cajas menores	2	2	0	0	100%
TOTALES	23	23	0	0	100%

Se programaron 23 auditorías de las cuales hay 23 ejecutadas, para un 100% de cumplimiento.

Se programó una auditoria especial, relacionada a continuación:

AUDITORIA	PROG	EJEC	DES	PTES	% EJECUCIÓN
Auditoria de Glosas con posible responsabilidad	1	1	0	0	100%

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

AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria de Calidad	Se evaluó y verificó la eficacia y funcionamiento de la actividad "Gestión por Procesos" del proceso Gestión de calidad del macroproceso Gestión de Mejoramiento Continuo. Se formularon dos observaciones relacionadas con la organización de la documentación del proceso de gestión de calidad en Almera y la utilización herramienta ALMERA modulo "Documentos" para la recepción y tramite de solicitudes de creación, modificación y eliminación de documentos. Estado del control Interno del proceso: Adecuado.
Auditoria SIAU	Se verificó el cumplimiento del procedimiento atención y solución de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios Se estableció 1 hallazgo referente a la desactualización del GMC-CU-IN-04 "Instructivo Manejo del Buzón de Comentarios y Sugerencias." Se establecieron 8 observaciones relacionadas con Inexistencia Bolígrafos en los buzones, Inoportunidad de respuesta a quejas por frecuencia inadecuada de apertura de buzones, Diligenciar completamente el formato GMC-SIU-FO-14, Falta de detalles cuando el usuario no habla español, Actualizar las Imágenes de Señalización de los puntos SIAU, Incluir Carteles de Señalización para los buzones, Mayor presencia del personal del SIAU en el tercer y cuarto piso, Mayor frecuencia en la apertura del buzón. Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora

AUDITORIA	CONCLUSIONES
<p>Auditoria Ingreso del Talento Humano</p> <p>Auditoria Desarrollo del Talento Humano</p>	<p>Revisión de los Procedimiento para estructurar el plan institucional de capacitación, procedimiento de verificación de antecedentes personales y títulos académicos a ejecutores de procesos, y procedimiento para realizar la evaluación de desempeño laboral de empleados con derechos de carrera administrativa</p> <p>Se estableció 1 observación relacionada con poca receptividad para las capacitaciones realizadas por la CNSC y el DAFP referentes a la carrera administrativa.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p>
<p>Auditoria Presupuesto</p>	<p>Revisión los procedimientos de emisión del certificado de disponibilidad presupuestal, procedimiento de emisión del registro presupuestal, el procedimiento de movimientos presupuestales y el procedimiento de reversiones presupuestales.</p> <p>Se establecieron 1 hallazgo referente a Carpetas de contratos con solicitudes de reversión ubicadas en al archivo de Interventoría.</p> <p>Y 5 observaciones relacionadas con Saldo Rubro en los CDP, Formato de solicitud de RP sin número de disponibilidad, Falta allegar las aprobaciones del CONFIS a los Acuerdos de Junta que soportan los Movimientos Presupuestales, Procedimientos descritos en el Software de Almera para el proceso de Presupuesto, Diferencias presentadas en el Software DGH respecto de los saldos presupuestales.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora</p>
<p>Auditoria Facturación</p>	<p>Se verificó los procedimientos de generación de facturas, depuración de ingresos abiertos, gestión de glosas, refacturaciones.</p> <p>Se estableció 8 hallazgos referente a Ingresos abiertos, tiempo de generación de facturas, facturación pendiente por envío por parte de UT Facturación HUS 2019 para su radicación, actas de valores pendientes por radicar, refacturaciones por concepto de devoluciones o glosas de facturas, facturas con estado de devolución, errores en sumatoria de ítems en facturas y anulación de facturas.</p> <p>Y 1 observación relacionada con facturación generada a particulares sin descargar los pagos que realizan los usuarios.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Inadecuado.</p>
<p>Auditoria Cartera</p>	<p>Se verificó los procedimientos de radicación de facturas, manejo de devoluciones, manejo de facturas no aceptadas para su radicación, gestión de glosas, manejo de facturas a refacturar.</p> <p>Se estableció 5 hallazgos referentes a notas crédito y débito, facturación en estado devolución, actas de valores pendientes por radicar, refactuaciones por concepto de devoluciones o glosas de facturas y valores pendientes por descargar a facturas.</p> <p>Y 1 observación relacionada con ajustes a Cartera bajo NIIF.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>

AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria Tesorería	<p>Revisión del procedimiento de causación y obligación de cuentas por pagar y el instructivo para la elaboración de registros generados en tesorería</p> <p>Se establecieron 2 hallazgos referentes a Las chequeras existentes (2) correspondientes al Banco de Bogotá y Davivienda, son guardadas bajo llave en el cajón del escritorio de la Profesional Universitaria de Tesorería y Falta de autorización para entrega de cheques por devolución a pacientes.</p> <p>Y 2 observaciones relacionadas con Archivo disperso y algunos formatos establecidos en el procedimiento no se están llevando.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>
Auditoria UCI	<p>UCI Adulto y UCI Pediátrica</p> <p>Se verificó y validó la gestión de los procesos institucionales, basados en el comportamiento y/o estado de los atributos de calidad y la prevención y evaluación de la gestión del riesgo</p> <p>Se establecieron 5 hallazgos referentes al no contar con un documento actualizado de traqueostomía, de toracentesis, de inserción de tubo a tórax, no cuenta con un documento dentro del sistema de calidad de barotrauma y de manejo de dolor pediátrico.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>
Auditoria Servicios médicos	<p>Medicina Interna</p> <p>Se verificó y validó la gestión de los procesos institucionales, basados en el comportamiento y/o estado de los atributos de calidad y la prevención y evaluación de la gestión del riesgo</p> <p>Se establecieron 5 hallazgos referentes al no contar con documento actualizado para la solicitud de interconsultas, de atención al paciente hospitalizado, de ronda médica, para la salida voluntaria del paciente y para entrega y recibo de turno medico</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p> <p>Pediátrica, Ginecoobstetricia y Unidad Neonatal</p> <p>Se verificó y validó la gestión de los procesos institucionales, basados en el comportamiento y/o estado de los atributos de calidad y la prevención y evaluación de la gestión del riesgo</p> <p>Se establecieron 3 hallazgos referentes al no contar con la priorización de riesgos de hospitalización pediátrica, de hospitalización Ginecoobstetricias y de hospitalización unidad neonatal.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p> <p>Unidad de Quemados</p> <p>Se verificó y validó la gestión de los procesos institucionales, basados en el comportamiento y/o estado de los atributos de calidad y la prevención y evaluación de la gestión del riesgo</p> <p>Se establecieron 2 hallazgos referentes al no contar con un documento actualizado para la intervención en crisis a paciente quemado y un documento dentro del sistema de calidad que especifique el control de visitas de familiares.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>

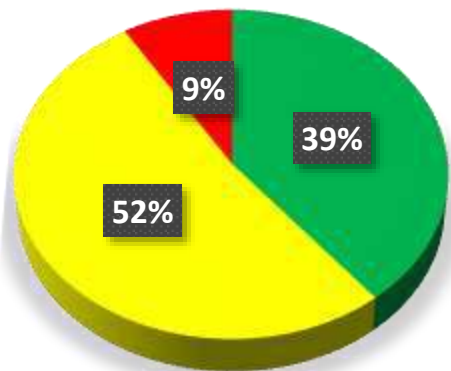
AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria Urgencias	<p>Se verificó y validó la gestión de los procesos institucionales, basados en el comportamiento y/o estado de los atributos de calidad y la prevención y evaluación de la gestión del riesgo.</p> <p>Urgencias adulto Se establecieron 4 hallazgos referentes al no contar con un documento actualizado para el manejo y traslado de pacientes en ambulancia, de referencia y contrareferencia, de cadena de custodia y de manejo de pertenencias.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p> <p>Urgencias (Pediátrica y Ginecoobstetrica) Se establecieron 2 hallazgos referentes al no contar con con la guía de práctica clínica de episiotomía y episiorrafia y la no priorización de riesgos de urgencias Ginecoobstetricas.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>
Auditoria Esterilización	<p>Revisión del proceso partiendo desde el recibo del inventario en consignación, la reposición por gasto, la conservación del inventario y la preparación del material de osteosíntesis requerido para procedimiento quirúrgico.</p> <p>Se establecieron 2 hallazgos relacionados con Falta de un lugar adecuado para la Custodia del Material de Osteosíntesis que se recibe diariamente para la realización de los procedimientos quirúrgicos de los pacientes y equipos e instrumental (pinzas, reductores, cámara, dermatomo, perforador, etc), sin mantenimiento.</p> <p>Y 4 observaciones referentes a Falta de un lugar adecuado para colocar los delantales de plomo que trae el personal que va a entrar a la cirugía. Pues lo dejan en un sitio que no tiene ninguna seguridad, Las lonas utilizadas para el proceso de esterilización del material son insuficientes, Carencia de Instrumental básico para cirugías de ortopedia y Los carros de transporte de Material que existen se encuentran deteriorados y no cumplen con las condiciones adecuadas.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>
Auditoria Oncología	<p>Se verificó el cumplimiento y protección para el uso de radiaciones ionizantes con el fin de proteger tanto a individuos, pacientes y público en general y en el medio ambiente prevenir la dispersión de contaminación y accidentes de radiación.</p> <p>Se establecieron 3 observaciones relacionadas con Falta de un lugar adecuado para almacenar el inventario de insumos de oncología, Se verificó que en la bodega de insumos de moldeo (revelado), los insumos tienen fecha de vencimiento 2018 y Demoras en la calibración de los equipos.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p>
Auditoria Laboratorio Clínico	<p>Se evaluó el Procedimiento de toma de muestras sanguíneas y biológicas, tanto de paciente ambulatorios como de hospitalizados.</p> <p>Se establecieron 2 observaciones referentes a Falta de un lugar adecuado para la Oficina de la Profesional Universitaria (Calidad), quien es personal Administrativo y debe estar en un área aparte del Laboratorio y que todo el material de la Señalización del Laboratorio se encuentra listo para colocar embargo, manifiestan que se instala hasta tanto no terminen de pintar todo el laboratorio.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p>

AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria Farmacia	<p>Revisión del procedimiento de “uso seguro de medicamentos de alto riesgo y medicamentos similares” y el procedimiento de “recepción de productos farmacéuticos”.</p> <p>Se establecieron 3 observaciones relacionadas con Mejorar el archivo de gestión, Falta de demarcación total y clasificación de los medicamentos de alto riesgo y medicamentos similares en la bodega principal y Arreglos locativos de la bodega.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p>
Auditoria Mantenimiento	<p>Se verificó el procedimiento de Mantenimiento Correctivo, la ejecución de mantenimientos preventivos a equipos biomédicos e industriales y muestra aleatoria a contratos de mantenimiento.</p> <p>Se establecieron 4 hallazgos referentes a uso herramienta informática EPLUX, obligaciones de los contratistas, implementos de seguridad industrial y mantenimiento por parte de SIEMENS HEALTHCARE S.A.S.</p> <p>Y 3 observaciones relacionadas con el procedimiento mantenimiento preventivo, aplicación del procedimiento para registro en almacén ESE HUS y asignación de supervisión Técnica de insumos y material médico quirúrgico con registro de INVIMA</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>
Auditoria Servicios básicos	<p>Revisión del procedimiento "Aseo y desinfección de la ESE HUS" y las actividades realizadas para el control y salvaguarda de los vehículos de la Institución.</p> <p>Se listaron 4 observaciones relacionadas con arreglos locativos de Urgencias, radios de comunicación del personal de aseo y desinfección, vehículo OSA-618 sin revisión técnico mecánica y custodia de llaves y control de los vehículos que son requeridos para labores administrativas o apoyos sin traslados de pacientes durante el fin de semana.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p>
Seguimiento Obras	<p>Se realizó seguimiento al informe de POAI.</p> <p>Se realizaron 3 recomendaciones relacionadas con mantener vigentes los contratos de interventoría y solicitar los informes pactados contractualmente, una vez se reinicien los contratos suspendidos realizar seguimientos permanentes con el fin de finalizar las obras y servicios contratados y verificar las vigencias de las pólizas que respaldan cada uno de los contratos con el fin de determinar su idoneidad como garantía de los contratos suscritos.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p>
Auditoría Ambiental	<p>Se verificó el cumplimiento de la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios en la ESE Hospital Universitario de Santander desde su generación hasta su disposición final, de acuerdo con la normatividad Ambiental legal vigente.</p> <p>Se estableció 1 hallazgo referente a falta de claridad en el procedimiento de auditoría interna institucional.</p> <p>Y una observación relacionada con cargar los informes de auditoría interna y externa de gestión ambiental realizados a la plataforma ALMERA.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>

AUDITORIA	CONCLUSIONES
Auditoria Gestión Documental	<p>Se verificó el cumplimiento de la normatividad del proceso Gestión Documental en cuanto al Archivo de gestión.</p> <p>Se establecieron 6 hallazgos relacionadas con ARCHIVO SIN LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD REQUERIDAS, documentación archivada en AZ, carece de inventario documental de los archivos de gestión, tablas de retención documental – TRD-desactualizadas, incumplimiento en la transferencia documental al archivo central e inadecuada valoración del riesgo de gestión documental.</p> <p>Y 2 observaciones referentes a control de consecutivos para elaboración de oficios incompletos e incumplimiento del formato aprobado por calidad para las comunicaciones oficiales.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>
Auditoria Jurídica	<p>Revisión selectiva y aleatoria de los procedimientos de adquisición de insumos, equipos y servicios, procedimiento de interventoría y procedimientos de las diversas modalidades de selección.</p> <p>Se estableció 2 hallazgos referentes a desactualización del Estatuto de contratación, Manual de contratación, Manual de Interventoría, proceso de Adquisición de Bienes, Servicios y Obras, y Procedimientos respectivos y Falencias en publicación SECOP y Página WEB.</p> <p>Y 6 observaciones relacionadas con Duplicidad de documentos en expediente contractual, Carencia de firma de recibido en factura, Contratos de vigencias anteriores sin firma de contratistas en acta de liquidación, Malas condiciones de los archivos de Jurídica e Interventoría ubicados en la Casa de Gerencia, Cuentas Pendientes de Contratos y Funciones desarrolladas por el Interventor Médico.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: En proceso de mejora.</p>
Auditoria Cajas menores	<p>Se verificó el manejo de las cajas menores autorizadas realizando arquezos para confrontar los valores registrados en libros vs efectivo disponible.</p> <p>Se establecieron 1 hallazgo relacionado con la modificación del formato aprobado por Calidad GF-FO-01 Versión 1.</p> <p>Y 1 observación referente a la legalización de cajas menores.</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Adecuado.</p>

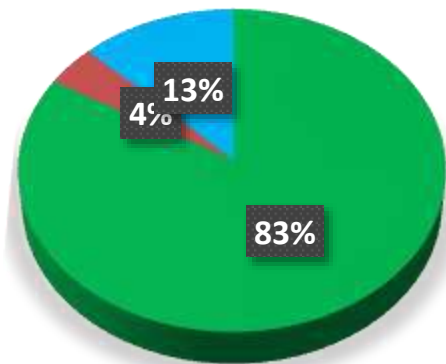
<p>Auditoria de Glosas con posible responsabilidad</p>	<p>Se verificó el procedimiento y porcentaje de avance de revisión de glosas aceptadas para determinar la presunta responsabilidad por daño fiscal.</p> <p>Se establecieron 5 hallazgos referentes a inexistencia de procedimiento o instructivo de glosas aceptadas con presunta responsabilidad, avance análisis de glosa aceptada, no re facturación de facturas con glosas aceptadas y clasificadas como subsanables (para refacturar), no se puede determinar el responsable del concepto definitivo emitido sobre responsabilidad fiscal por cada glosa aceptada y glosas por autorizaciones sin determinar existencia de responsabilidad.</p> <p>Y 2 observaciones relacionadas con presentación de cifras de presunta responsabilidad ante el comité de facturación cartera y glosa y conceptos de los archivos del informe glosas Analizadas vig 2017 – 2018 y 2019</p> <p>Estado del control Interno del proceso: Inadecuado.</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 2019 fue:

TITULO DEL INFORME	PROGRAMADOS	REALIZADOS	% EJECUCIÓN
FURAG II	1	1	100%
Informe de Control Interno Contable	1	1	100%
Formulación Plan de Mejoramiento - Contraloría Departamental	1	1	100%
Seguimiento Plan de Mejoramiento - Contraloría Departamental	4	4	100%
Informe referente al cumplimiento de las Normas de Derechos de Autor	1	1	100%
Informe Pormenorizado de Control Interno	3	3	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	1	1	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%
Informe de seguimiento plan de mejoramiento Supersalud	3	3	100%
Totales	37	37	100%

Se realizaron los 37 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 2019, 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 23 Auditorías Internas, de las cuales 15 procesos debieron elaborar plan de mejoramiento. Adicionalmente se realizó seguimiento a 13 planes de mejoramiento que estaban abiertos de la vigencia 2016 y 2017.

AUDITORIA	VIGENCIA	AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO	ESTADO
Gestión Integral de la Información - Archivo de gestión	2017	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Gestión Integral de la Información - Archivo de central HC HRGV	2017	De los 4 hallazgos, que se encuentran abiertos, se formularon 16 acciones a la fecha de corte del seguimiento, que fue a 31 mayo de 2019, se cerraron 5 acciones, 10 se encuentran en etapa de ejecución y 1 no ha sido iniciada lo que equivale a 81,87% del cumplimiento del plan de mejora	Abierto
Gestión Integral de la Información - Archivo Facturas	2017	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Estadística	2018	De los 4 hallazgos, que se encuentran abiertos, se formularon 16 acciones a la fecha de corte del seguimiento, que fue a 31 mayo de 2019, se cerraron 4 acciones, 2 se encuentran en etapa de ejecución y 10 no han sido iniciadas lo que equivale a 35% del cumplimiento del plan de mejora	Abierto
Auditoría Ambiente Físico	2018	Revisado el oficio No. 2320- GTSB- 0181- 2019del 12de Septiembre del año en curso con sus respectivos avances, la Oficina Asesora de Control Interno considera pertinente dar por CERRADO el PLAN DE MEJORAMIENTO	Cerrado
Auditoria Facturación	2018	Se realiza seguimiento a las acciones en Auditoria 2019. Pese a haberse elaborado planes de mejoramiento como resultado de auditorías anteriores, se siguen presentando cuatro (4) de las incidencias que generaron los hallazgos, los cuales fueron trasladados al nuevo plan de mejoramiento.	Cerrado
Auditoría Cartera	2018	Se realizó verificación de las acciones en la auditoria vigencia 2019 y el plan de mejoramiento fue CERRADO, toda vez que la Oficina de Cartera cumplió con los objetivos propuestos en el mismo.	Cerrado
Auditoría Presupuesto	2018	Se realizó verificación de las acciones en la auditoria vigencia 2019 y el plan de mejoramiento fue CERRADO, toda vez que la Oficina de Presupuesto cumplió con los objetivos propuestos en el mismo.	Cerrado
Auditoría Estados Financieros	2018	Se registra cumplimiento del 100% del plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado

AUDITORIA	VIGENCIA	AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO	ESTADO
Auditoria Gestión Ambiental	2018	Se realizó seguimiento de los avances del Plan de Mejoramiento derivado de la auditoría realizada al proceso y se determina que las acciones propuestas y llevadas a cabo durante este tiempo subsanan los hallazgos encontrados en dicha auditoria, por tal motivo se da cierre a la auditoria y plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoría Calidad	2018	Los soportes y evidencias enviados para subsanar los hallazgos, fueron analizados en la Auditoría realizada en la vigencia 2019 y se constató la implementación de las acciones lo que procede al cierre definitivo de dichos hallazgos. De acuerdo a lo anterior, se identifica que de los hallazgos que quedaron en firme en el informe, todos se encuentran cerrados, lo cual equivale al 100% de la ejecución del plan de mejora a nivel documental.	Cerrado
Auditoría Gestión Integral de la Información	2018	De los 22 hallazgos, se cerraron 7 acciones, y 82 no han sido iniciadas lo que equivale a 7,86% del cumplimiento del plan de mejora	Abierto
Auditoría Activos Fijos	2018	Se realizó seguimiento de los avances del Plan de Mejoramiento derivado de la auditoría realizada al proceso y se determina que las acciones propuestas y llevadas a cabo durante este tiempo subsanan los hallazgos encontrados en dicha auditoria, por tal motivo se da cierre a la auditoria y plan de mejoramiento propuesto.	Cerrado
Auditoria Sistemas	2018	De los 22 hallazgos, se cerraron 7 acciones, y 82 no han sido iniciadas lo que equivale a 7,86% del cumplimiento del plan de mejora	Abierto
Auditoria Jurídica	2019	Las acciones de mejoramiento propuestas para el Hallazgo NO.2 de la auditoría (Falencias en la publicación SECOP y página WEB), se han desarrollado de forma efectiva y los soportes aportados corresponden plenamente a actividades enfocadas al mejoramiento de la situación presentada. En cuanto a las propuestas establecidas para el Hallazgo NO. 1 (Desactualización del Estatuto de Contratación, Manual de Contratación y Manual de Interventoría), se tiene que las acciones de mejoramiento se han venido realizando, los documentos fueron proyectados, pero los mismos están supeditados a la aprobación respectiva por parte de la Junta Directiva de la institución, ante lo cual se advierte un avance aproximado del 30% respecto de éste ítem.	Abierto
Auditoria Presupuesto	2019	Respecto de los soportes aportados que demuestren el cumplimiento del plan de mejoramiento aprobado para la vigencia 2019, no observándose tal reporte de la información respectiva, ante lo cual la instamos a subir los avances para poder realizar el seguimiento de rigor y establecer sobre el cierre o la continuidad del mismo.	Abierto
Auditoria Cartera	2019	Debe ajustarse el porcentaje del avance al plazo autorizado.	Abierto
Auditoria Facturación	2019	En la solicitud de Control Interno del 8 de noviembre se especificó el corte del avance como 31 de octubre de 2019. Por lo anterior, se solicita que los datos analizados y las acciones realizadas correspondan al corte solicitado y no al mes de noviembre. De igual manera fue anexado un mail de noviembre 26, acción que deberá reportarse para el seguimiento de noviembre.	Abierto

AUDITORIA	VIGENCIA	AVANCES PLAN DE MEJORAMIENTO	ESTADO
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	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en diciembre de 2019.	Abierto
Auditoria Tesorería	2019	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2020.	Abierto
Auditoria Urgencias	2019	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2020. El seguimiento se realizará desde PAMEC.	Abierto
Auditoria Hospitalización	2019	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2020. El seguimiento se realizará desde PAMEC.	Abierto
Auditoria UCI	2019	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2020. El seguimiento se realizará desde PAMEC.	Abierto
Auditoria Mantenimiento	2019	En espera del plan de mejoramiento. Fue rechazado por no cumplir con acciones que subsanen los hallazgos.	Abierto
Auditoria Central de Esterilización	2019	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2020.	Abierto
Auditoria Glosas con posible daño Fiscal	2019	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en diciembre de 2019.	Abierto
Auditoria Gestión Documental	2019	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en diciembre de 2019.	Abierto
Auditoría Ambiental	2019	En espera del primer seguimiento. Se aprobó Plan de Mejoramiento en enero de 2020.	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.
Acompañamiento en la Rendición de cuentas vigencia 2018.
Participación en el Equipo de Direccionamiento y Gerencia de Acreditación
Acompañamientos a los comités institucionales
Seguimiento al Plan de Implementación MIPG
Seguimiento a planes de mejoramiento
Revisión y consolidación del Plan de Mejoramiento de la Auditoría de la Contraloría General de la Nación.
Acompañamiento a inventarios de Almacén y Farmacia (con corte a junio y diciembre)

Se realizaron en el año 2019, tres Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno programados, en los cuales se participó como Secretaría técnica los días 25 de febrero, 5 de septiembre y 16 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".

Los responsables de los diferentes procesos realizan un análisis con el propósito de identificar posibles riesgos que puedan afectar la consecución de metas u objetivos y estar preparados para enfrentar cualquier contingencia que se pueda presentar.

Luego de tener plenamente identificados los riesgos de los procesos, son establecidos controles definidos para cada riesgo en particular, de igual forma se utilizan mecanismos de verificación y evaluación con el fin de determinar la calidad y efectividad de los controles existentes.

La Oficina Asesora de Control Interno realizo 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 2019 y presentando a de 31 de diciembre de 2019 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.

TOTAL DE RIESGOS	65
TOTAL DE CONTROLES	70

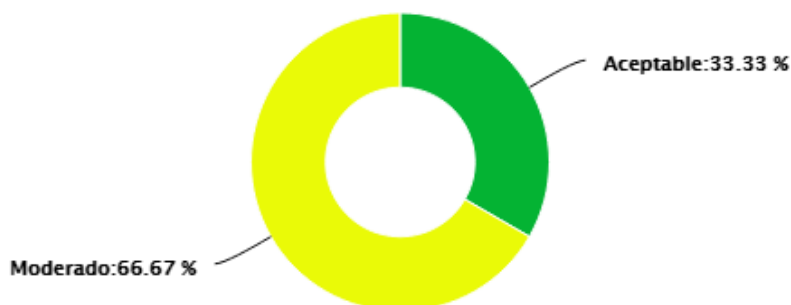
Así mismo se realizó la actualización del mapa de riesgos del proceso Control Interno, el cual se pueden evidenciar en el Sistema de Gestión Software **ALMERA**.

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	Raro	Menor	Aceptable	Evitar el riesgo	2
Control Interno	Riesgos de Cumplimiento	Inoportunidad en la entrega de informes de auditoria	Improbable	Moderado	Moderado	Evitar 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	Evitar el riesgo	2

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

1 - 33,3%	Aceptable	2 - 66,7%	Moderado	0 -	Alto	0 -	Extremo
Total escenarios: 3							



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:

- a) **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 2020.
- b) **Capacitación en Gestión Integral del Riesgo:** Se apoyó capacitación en Gestión Integral del Riesgo en la Feria de acreditación realizada en el Hemocentro.

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 2019, 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	1 plan de mejoramiento	Plataforma SIA OBSERVA	Control Interno
Contraloría General de Santander	4 seguimientos	Plataforma SIA OBSERVA	Control Interno
Contraloría General de la República	1 plan de mejoramiento	Plataforma SIRECI	Control Interno
Superintendencia de Salud	3 seguimientos	En Físico	Control Interno

Cabe aclarar que durante todo el año 2019, 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, los cuales se efectuaron así:

- Segundo seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2018, reportado el 01 de febrero de 2019
- Tercer seguimiento con corte a 31 de marzo de 2019, reportado el 12 de abril de 2019.
- Cuarto seguimiento con corte a 30 de junio de 2019, reportado el 12 de julio de 2019.
- Quinto seguimiento con corte a 30 de septiembre de 2019, reportado el 15 de octubre de 2019.
- Sexto seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2019, reportado el 29 de enero de 2020.

En marzo de 2018 la Contraloría General de Santander realizo Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular, vigencia fiscal 2017 que generó Pan de Mejoramiento aprobado el 04 de febrero de 2019 en respuesta a 23 hallazgos.

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

Primer seguimiento con corte a 31 de marzo de 2019, reportado el 12 de abril de 2019.

Segundo seguimiento con corte a 30 de junio de 2019, reportado el 12 de julio de 2019.

Tercer seguimiento con corte a 30 de septiembre de 2019, reportado el 15 de octubre de 2019.

Cuarto seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2019, reportado el 29 de enero de 2020.

En febrero de 2019 la Contraloría General de Santander realizo Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular, vigencia fiscal 2018 que generó Pan de Mejoramiento aprobado el 01 de octubre de 2019 en respuesta a 28 hallazgos.

En este sentido la oficina realizó el reporte de avance trimestral del Plan de Mejoramiento CGS 2018, el cual se efectuó así:

Primer seguimiento con corte a 31 de diciembre de 2019, reportado el 29 de enero de 2020.

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
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

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
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	1	1
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
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

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
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 disminuyó 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	0	1

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
La situación presupuestal del Hospital Universitario para la vigencia 2016 es de déficit superior a la de la vigencia 2015	34	1	1	0

Análisis de los hallazgos del plan de mejoramiento vigencia 2016 con porcentaje de ejecución menor a 100% a 31 de diciembre de 2019 por responsables:

RESPONSABLE	ACCION PLANEADA	FECHA DE VENCIMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE
Jurídica	Revisar y ajustar el Manual de Supervisión e Interventoría de Contratos con el que cuenta la ESE HUS.	2018-12-31	80
Subgerencia Administrativa y Financiera	Incrementar el recaudo y adicionar recursos al presupuesto de Impuesto predial	2019-03-30	80

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	1	1
DEBIL PLANEACIÓN CONTRACTUAL	5	1	1	0
FALTA DE RIGOR EN LA ANUALIDAD PRESUPUESTAL	6	1	1	0
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

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
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

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
SEGUIMIENTO PROCESO SANCIONATORIO INVIMA	22	1	1	0
PAGO DE INTERESES DE MORATORIOS POR IMPUESTO PREDIAL	23	1	0	1
SALDO DE CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS A DICIEMBRE 31 DE 2016 SIN CANCELAR	24	1	0	1
DEFICIT 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 2019 por responsables:

RESPONSABLE	ACCION PLANEADA	FECHA DE VENCIMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE
Jefe Oficina Asesora Jurídica	Socializar a los funcionarios la actualización del Manual de Contratación de la Entidad.	2019-06-01	0%
Subgerente administrativo y financiero	Revisar y hacer monitoreo junto con la oficina Asesora Jurídica y Defensa Jurídica, para evitar el pago de intereses moratorios por extemporaneidad	2019-03-31	80%
Subgerente administrativo y financiero	Reactivar los contratos de obras que se encuentran suspendidos como el reforzamiento de urgencias y el proyecto de la central de urgencias	2019-11-30	79%
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	0	1
No se envían copias de los contratos sindicales al Ministerio de Trabajo	3	1	0	1

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
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
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	0	1
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	11	1	1	0

sumas iguales al totalizar las columnas en movimientos débito y crédito, presentando una diferencia de 27612151575.31				
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

CONCEPTO	No HALLAZGO	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES TERMINADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES
Daño fiscal generado por pago parcial de multa interpuesta por el ministerio de trabajo	19	1	0	1
Acto administrativo indebidamente motivado	20	1	0	1
Falencia en reconocimiento, registro y soporte contable	21	1	1	0
Faltante de consecutivos de facturación	22	1	0	1
Faltante de consecutivos de comprobantes de ingreso y recibos de caja	23	1	0	1
Faltante de consecutivos de comprobantes de egreso	24	1	0	1
EFFECTO DE REVELACIÓN DE ACTIVO NO CORRIENTE SOBRE INDICADORES FINANCIEROS	25	1	1	0
BAJO RECAUDO EN LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	26	6	0	6
Ejecución parcial de las cuentas por pagar, constituidas en el 2017, para ser cancelas en la vigencia 2018	28	1	1	0
La situación presupuestal del Hospital Universitario para la vigencia 2018 es deficitaria.	31	1	1	0

Análisis de los hallazgos del plan de mejoramiento vigencia 2018 con porcentaje de ejecución menor a 100% a 31 de diciembre de 2019 por responsables:

RESPONSABLE	ACCION PLANEADA	FECHA DE VENCIMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE
Jefe Oficina Asesora Jurídica	Ejercer la supervisión técnica conforme a lo establecido en el Manual adoptado por la entidad; y a su vez dar cumplimiento a lo establecido cuando se presentan posibles incumplimientos.	2020-03-31	50%
Jefe Oficina Asesora Jurídica	Solicitar a los contratistas copia del radicado de los contratos sindicales, ante Ministerio de trabajo e incluirla en el expediente contractual como constancia de verificación legal de dicho envío.	2020-03-31	0
Profesional Universitario Contabilidad	Presentar homogéneamente los estados contables a SIA Contraloría y a CHIP – CGN	2020-02-15	50

RESPONSABLE	ACCION PLANEADA	FECHA DE VENCIMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE
Jefe Oficina Asesora Jurídica	Solicitar mediante petición al SENA la devolución del dinero que fue entregado como parte de un acuerdo de pago, el cual por voluntad del SENA no fue suscrito ni perfeccionado. En caso tal de que la petición no sea respondida de forma favorable acudir a los mecanismos judiciales que permitan la devolución de estos recursos.	2020-03-31	0
Jefe Oficina Asesora Jurídica	Contar con registro presupuestal antes de emitir los actos administrativos a través de los cuales se reconocen los pagos	2020-03-31	50
Profesional Universitario Contabilidad	Crear a través de la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de Información la herramienta que permita verificar el orden consecutivo de la numeración de facturación.	2020-01-31	50
Profesional Universitario Contabilidad	Crear a través de la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de Información la herramienta que permita verificar el orden consecutivo de la numeración de los ingresos de la ESE HUS.	2020-01-31	50
Profesional Universitario Contabilidad	Crear a través de la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de Información la herramienta que permita verificar el orden consecutivo de la numeración de los egresos de la ESE HUS.	2020-01-31	50
Profesional Universitario Cartera	Se notificara cartera mensualmente, donde se evidenciara a las ERP que hagan caso omiso al oficio y se remitirá comunicado a la Supersalud de las ERP que no accedan a conciliar.	2020-03-31	40
Profesional Universitario Cartera	Se reportara los incumplimientos al giro directo con la notificación a la Supersalud para que tome las medidas de su competencia.	2020-03-31	40
Profesional Universitario Cartera	Gestionar el incremento de la recuperación de cartera conciliando (facturación y cartera) con las ERP y así llegar a firmar acuerdos de pago o reconocimiento de deuda	2020-03-31	40
Profesional Universitario Cartera	Se entregara cartera mayor a 90 días al área de jurídica para el inicio del cobroprejuridico de la información que no esté cancelada	2020-03-31	40
Profesional Universitario Cartera	Se realizaran 8 conciliaciones de glosas mensualmente para aumentar el reconocido para pago con las diferentes ERP	2020-03-31	40
Profesional Universitario Cartera	Se realizara conciliación de devoluciones entre el área de cartera y facturación mensualmente para identificar el valor total de devoluciones y las respuestas a las mismas.	2020-03-31	40

5.2 SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO SUPERSALUD

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 noviembre de 2019 por responsables:

RESPONSABLE	ACCIÓN PLANEADA	HALLAZGO	FECHA DE VENCIMIENTO	PORCENTAJE DE AVANCE
Equipo de Infraestructura y Profesional Universitario Servicios Básicos	Fortalecer la correcta ejecución de los contratos de obra, en aras de minimizar demoras en su ejecución y optimizar la infraestructura física que le permita a la E.S.E. HUS. Ofrecer una mejor prestación de los servicios de salud.	14	2018-12-30	40%
Subgerente de Especialidades Quirúrgicas - Enfermera Coordinadora Central de Esterilización	Actualización de los software para que cruce información de la historia clínica con la central de esterilización con el fin de conocer los estados de los dispositivos médicos	38	2018-12-30	10
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	83%
Equipo de Infraestructura - Profesional Universitario Servicios Básicos	Habilitar espacio físico para la correcta clasificación y disposición de residuos	62	2018-12-30	0%

Nota: Se solicitó concepto técnico y Jurídico para gestionar el cierre de las acciones pendientes.

6. RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANAÍA

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 11 de abril de 2019 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 2018”** en el Auditorio del Hemocentro de la ESE HUS, 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, participaron en total **164** ciudadanos interesados en conocer la gestión realizada durante la vigencia 2018 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 abarcó 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 de Control Interno.

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

Para el año 2019, la Oficina Asesora de Control Interno adelantó 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 seguimiento al cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2019	Se elaboró informe cuatrimestral de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y fue enviado a Gerencia y a Desarrollo Institucional	100
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 9 de diciembre de 2019, 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 seguimiento a la elaboración y presentación ante el Ministerio del trabajo del plan de formalización laboral	La Oficina Asesora de Control Interno realizó seguimiento y evidencia que se socializó el proyecto de planta personal ante la Junta Directiva. Adicionalmente, se enviaron los resultados del estudio de cargas y la viabilidad financiera y presupuestal al ministerio de trabajo; dentro de las actividades propuestas para la implementación de la planta de empleo temporal, poniendo en conocimiento que actualmente sigue vigente el Convenio de desempeño para la ejecución del programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de prestación de servicios de salud, No.266 el 23 de diciembre de 2004, con el Departamento de Santander y el Ministerio de la Protección social, donde se señala que no se puede realizar modificaciones a la planta de personal.	100
Realizar evaluación de la audiencia de Rendición de Cuentas	Se elaboró informe de evaluación de la audiencia de Rendición de Cuentas vigencia 2018	100

Entre las actividades realizadas se encuentran:

- a. 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 2019 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.
- b. Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano:
La Oficina Asesora de Control Interno dentro de sus funciones, comunicó durante el año 2019 a la Gerencia, los informes de Seguimiento al Plan Anticorrupción, evidenciados en la página web Institucional.
- c. 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.
- d. 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 2019 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 2019 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 2019, 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 2019, así como por cada etapa de la ESE Hospital Universitario de Santander.

Total Consolidación Calificación de Evaluación del Control Interno Contable 2019: 5

Historico de Envios
120966000 - E.S.E. Hospital Universitario de Santander
Estado: ACTIVO
SubEstado: NINGUNO

Categoria	Periodo	Formulario	Fecha Recepción Contable	Fecha Envío Estatal	Estado	Medio	Tipo
EVALUACION DE CONTROL INTERNO CONTABLE	2019-01-01 2019-12-31	ENVIO DE EVALUACION CONTROL INTERNO CONTABLE	2020-01-02 11:33:02	2020-01-28 00:00:00	ENVIADO	ESTADAL	Campana

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:



10. INDICADORES DE GESTIONUNIDAD DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTION INTEGRAL

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 2019 de 100%, obteniéndose la meta esperada.

Indicador “Cumplimiento en la elaboración de informes de ley”



Se ha realizado medición trimestral, en la vigencia 2019, 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 2019 de 100%, obteniéndose la meta esperada.

Indicador “Seguimientos a planes de mejoramiento institucionales”



Se ha realizado medición semestral, en la vigencia 2019, del seguimiento a planes de mejoramiento institucionales.

Este indicador tuvo un comportamiento (resultados), con corte a 30 de diciembre de 2019 de 67.44%, 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.


JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno