

RESOLUCIÓN No. 1 4 8
26 FEB 2020

POR LA CUAL MODIFICA Y SE REGLAMENTA LA METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN, SUSCRIPCIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander en uso de sus facultades legales y;

CONSIDERANDO:

1. Que mediante Decreto Número 0025 de 04 de febrero de 2005, emanado por la Gobernación de Santander, se crea la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, como una Entidad Descentralizada del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y Autonomía Administrativa.
2. Que el artículo 19 del Decreto 0025 de 2005, emanado de la Gobernación de Santander, señala como funciones del Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, las de dirigir, coordinar, supervisar y controlar los procesos que garanticen el cumplimiento de la misión de la empresa, realizar la gestión, ordenar los gastos, dictar los actos entre otras.
3. Que de conformidad con el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, se debe establecer el modelo que integra y articula los Sistemas de Gestión y Control Interno, determinando el campo de aplicación de cada uno de ellos.
4. Que mediante la Resolución 332 de 2015, la ESE Hospital Universitario de Santander, reglamentó la Metodología para la formulación, suscripción, seguimiento y ejecución de los Planes de Mejoramiento de la ESE Hospital Universitario de Santander.
5. Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.23.2 del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, la actualización del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, se efectuó a través del Manual Operativo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, en virtud a que el sistema de Control Interno, fue articulado mediante el Decreto mencionado, al Sistema de Gestión creado por el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los sistemas de desarrollo administrativo y de gestión de la Calidad.
6. Que dentro de la 4ª dimensión “Evaluación de Resultados” que contempla el Manual Operativo del MIPG, se establece los planes de mejoramiento como medios para identificar y subsanar las posibles causas de fallas, dar recomendaciones y priorizar requerimientos para el mejoramiento continuo de la gestión institucional, dimensión, ésta, que es transversal a la 7ª Dimensión “Control Interno”.
7. Los Planes de Mejoramiento buscan fortalecer el desempeño, misión y objetivos institucionales, teniendo en cuenta entre otros aspectos, los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, así como la evaluación de la Oficina Asesora de Control Interno y las autoevaluaciones realizadas.
8. Que el artículo 9º de la Ley 87 de 1993 establece que la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, es uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, lo

RESOLUCIÓN No. 148
26 FEB 2020

POR LA CUAL MODIFICA Y SE REGLAMENTA LA METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN, SUSCRIPCIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

anterior concordante con lo dispuesto en la 7ª Dimensión del Manual Operativo del Sistema Integrado – MIPG.

9. Que en respuesta al análisis realizado a la reglamentación de planes de mejoramiento, se hace necesario expedir un acto administrativo que establezca la metodología para la formulación, suscripción, ejecución y seguimiento de los Planes de Mejoramiento, que permita a los Servidores responsables de la gestión administrativa y operativa, formularlos, suscribirlos y presentarlos a la Oficina de Control Interno o a las áreas que realicen auditorías internas en la Institución, a fin que ésta efectúe seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas de tal forma que le permita emitir un pronunciamiento sobre las acciones de mejora.
10. Que, en mérito de lo expuesto, el Gerente de la ESE HUS,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: OBJETO: Modificar y reglamentar la metodología para la formulación, presentación, seguimiento y evaluación de los planes de Mejoramiento para su efectivo cumplimiento.

ARTICULO SEGUNDO: DEFINICIÓN: Se entiende por Planes de Mejoramiento, el conjunto de elementos que consolidan las acciones de mejora necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, de auditorías internas y de las observaciones formales provenientes de los órganos de control externos.

ARTÍCULO TERCERO: CLASES DE PLANES DE MEJORAMIENTO:

Plan de mejoramiento Institucional: Constituye el Plan de orden Institucional que integra las acciones de mejoramiento que la ESE Hospital Universitario de Santander, en su conjunto debe adelantar para fortalecer su desempeño institucional y cumplir con su función, misión y objetivos en los términos de la Constitución Política, la ley y los compromisos adquiridos con sus grupos de interés.

Plan de mejoramiento por proceso: Constituye las acciones de mejoramiento que han de llevarse a cabo por cada una de las dependencias, áreas y/o servicios, sobre los procesos bajo su responsabilidad a fin de mantenerlas organizadas con el cumplimiento de los propósitos institucionales.

PARAGRAFO: Para efectos de lo dispuesto en el presente artículo, esta resolución solo reglamentará lo relacionado con los planes de mejoramiento por procesos suscritos por Servidores Públicos de la ESE Hospital Universitario de Santander. Los planes de mejoramiento Institucionales se regirán por lo establecido por cada uno de los Entes de Control Externos que soliciten su formulación y suscripción.

ARTICULO CUARTO: OBLIGACIÓN DE FORMULACIÓN: Los Planes de Mejoramiento por Procesos serán formulados y suscritos por el responsable del proceso auditado, tomando como referencia para su elaboración los hallazgos administrativos resultantes de las auditorías realizadas por la Oficina de Control



RESOLUCIÓN No. 118

26 FEB 2020

POR LA CUAL MODIFICA Y SE REGLAMENTA LA METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN, SUSCRIPCIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Interno y demás áreas que realicen auditorías internas en la Institución y cuando se plantee una mejora por parte del responsable del proceso, con el fin de subsanar, corregir y/o prevenir las causas que los originaron.

ARTICULO QUINTO: PRESENTACIÓN Y RESPONSABILIDAD: Los Planes de Mejoramiento serán formulados y presentados por los funcionarios responsables de coordinar y gestionar el desarrollo de cada proceso existente en la ESE Hospital Universitario de Santander, mediante el diligenciamiento de la herramienta que destine la Entidad para tal fin.

Para los planes de mejoramiento institucionales, los responsables de los hallazgos y líder del proceso implicado, serán los responsables de diligenciar, suscribir y presentar a la Oficina de Control Interno, para la revisión, consolidación, firma del señor Gerente y presentación ante el Órgano de Control Externo correspondiente.

Los Planes de Mejoramiento por Procesos, serán formulados y suscritos por el Líder del Proceso y responsable de los hallazgos, donde se incluirán las acciones de mejora propuestas para subsanar, corregir y/o prevenir las causas que dieron origen al levantamiento de los hallazgos administrativos.

Los responsables de las acciones de mejora tienen la obligación de rendir a la Oficina de Control Interno o a las áreas que realicen auditorías internas en la Institución, los informes trimestrales sobre el estado de avance de los planes de mejoramiento por procesos.

PARAGRAFO: La periodicidad para la rendición de avances de los planes de mejoramiento por procesos, podrá variar, de acuerdo al criterio del equipo auditor, dependiendo del grado de criticidad del hallazgo identificado.

ARTÍCULO SEXTO: LUGAR, FORMA, TERMINOS Y REQUISITOS PARA LA FORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN:

Los funcionarios responsables deberán presentar los planes de mejoramiento institucionales a la Oficina Asesora de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander o área responsable del reporte, en los términos fijados por esta oficina, mediante el diligenciamiento de la herramienta diseñada para tal fin.

Los funcionarios responsables de la formulación y elaboración de los Planes de Mejoramiento por Procesos, cuentan con un plazo máximo de ocho (8) días hábiles para su presentación ante la Oficina Asesora de Control Interno o a las áreas que realicen auditorías internas, contados a partir de la recepción del informe de auditoría.

PARAGRAFO PRIMERO: Cuando se presenten observaciones por parte de la Oficina Asesora de Control Interno o las áreas que realicen auditorías internas, a la formulación y elaboración de los planes de mejoramiento, los funcionarios responsables contarán con un plazo máximo de tres (3) días hábiles a partir de la fecha de la observación para presentar nuevamente el plan de mejoramiento con las correcciones pertinentes.

PARAGRAFO SEGUNDO: El funcionario responsable de la formulación y elaboración de los Planes de Mejoramiento podrá solicitar prorroga, para la suscripción del Plan, por una sola vez, debidamente

5

21

RESOLUCIÓN No. 1 4 8

26 FEB 2020

POR LA CUAL MODIFICA Y SE REGLAMENTA LA METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN, SUSCRIPCIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

justificado, con una antelación de dos (2) días a la fecha límite de entrega. La Oficina Asesora de Control Interno o las áreas que realicen auditorías internas, tiene la potestad de aprobar o rechazar la prórroga. La ampliación del plazo no podrá ser superior a dos (2) días hábiles.

PARAGRAFO TERCERO: El funcionario responsable podrá solicitar prórroga, para el cumplimiento de una determinada meta, por una sola vez, debidamente justificado y soportado, con una antelación de cinco (5) días al vencimiento del compromiso.

ARTÍCULO SEPTIMO: OBLIGACIONES DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO Y AREAS QUE REALICEN AUDITORIAS INTERNAS:

- a) Asesorar y orientar a los líderes de procesos en la formulación de los Planes de Mejoramiento.
- b) Adelantar seguimiento, según la periodicidad definida, sobre el grado de avance del cumplimiento de acciones propuestas, verificando evidencias.
- c) Reportar periódicamente a los órganos de Control Externo, el estado de avance de los Planes de Mejoramiento Institucionales.
- d) Brindar asistencia y asesoría a la Gerencia, en la formulación y suscripción de los Planes de Mejoramiento Institucionales, manteniéndola informada sobre el estado de avance en el cumplimiento de las acciones propuestas y aceptadas por los Entes de Control Externos, basados en los seguimientos realizados.
- e) Reportar a la Gerencia los incumplimientos de las acciones registradas en los planes de mejoramiento, tanto de auditorías internas como las realizadas por los Entes de Control Externo.

ARTICULO OCTAVO: CONCEPTO DE COHERENCIA E INTEGRIDAD: Las acciones de mejora adoptadas deberán tener como objetivo subsanar o eliminar los hallazgos identificados en el proceso de auditoría, su implementación debe guardar coherencia e integridad con el objetivo general del plan y con la información registrada en la herramienta autorizada para tal fin.

ARTICULO NOVENO: INFORMES DE AVANCE Y CUMPLIMIENTO: Los informes del estado de avances de los Planes de Mejoramiento por Procesos deberán presentarse trimestralmente, o en la periodicidad definida por el equipo auditor, en la herramienta autorizada, dentro de los primeros ocho (8) días hábiles siguientes a la fecha de corte. La Oficina Asesora de Control Interno o las áreas que realicen auditorías internas verificarán el grado de cumplimiento de los objetivos, acciones y metas alcanzadas.

ARTICULO DECIMO: INCUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

En los eventos de no remitirse oportunamente la formulación y suscripción, los informes de avance y/o de presentarse incumplimiento de las acciones y metas propuestas en los términos y condiciones determinadas, serán reportados por la Oficina Asesora de Control Interno o las áreas que realicen auditorías internas a la Gerencia para que remita a la Oficina de Control Interno Disciplinario para lo de su competencia.

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO: VIGENCIA Y DEROGACIÓN: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución 332 de 2015 de la ESE HUS.

RESOLUCIÓN No. 148

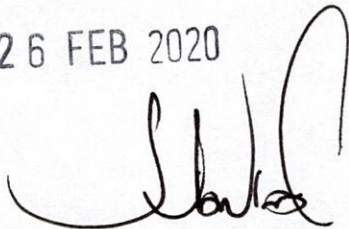
26 FEB 2020

POR LA CUAL MODIFICA Y SE REGLAMENTA LA METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN, SUSCRIPCIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO: PUBLICACIÓN: Ordenar la publicación del presente acto en el página web de la ESE Hospital Universitario de Santander.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bucaramanga a los 26 FEB 2020



EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO

Gerente
ESE Hospital Universitario de Santander

Revisó: German Yesid Peña
Jefe Oficina Asesora Jurídica
ESE-HUS

Revisó: Tatiana Smith Mora Amado
Profesional de Apoyo Gerencial
ESE-HUS

Proyectó: Julio Hernán Villabona Vargas
Jefe Oficina Asesora de Control Interno
ESE-HUS

Elaboró: Sandra Milena Mendoza Amado
Profesional de apoyo – Control Interno
ESE HUS - CPS