

FORMATO No 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
NIT:801001440-8
Periodos fiscales que cubre: 2017
Modalidad de Auditoría: REGULAR COMPONENTE FINANCIERO
Fecha de Suscripción: 15 de junio de 2018
Fecha de Evaluación: 29/03/2019

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de Medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción		AREA RESPONSABLE
																		15-jun-18	29-mar-19	
																		SI	NO	
1	A	Sobreestimación en el grupo 14 Deudores, 1420 Avances y Anticipos Entregados por valor de \$200.000.000 (Administrativo)	No reclasificación por valor de \$ 200.000.000 la cuenta de activos	Sobreestimación de la cuenta de deudores y subestimación de la cuenta de activos	<p>ACCIÓN CORRECTIVA: Se reclasificó el saldo en la construcción en el Estado de Financiero de Apertura -ESFA, al momento de la transición a la Norma Internacional.</p> <p>ACCIÓN DE MEJORA PREVENTIVA: Clasificar, reconocer y reclasificar los valores contabilizados en anticipos y que llegaren a afectar la Propiedad Planta y Equipo PPyE en las cuentas pertinentes antes del cierre de cada ejercicio.</p>	Cumplir con los lineamientos según Resolución 414 de 2015 y sus modificaciones, en cuanto a reconocimiento de activos fijos	Reclasificar la cuenta otros deudores un valor de \$ 200.000.000 a la cuenta de activos fijos	UNIDAD	1	15-jun-18	31-ago-18	11	100,00	100%	11	11	11	X		CONTABILIDAD
2	A	Incertidumbre en el grupo 15 Inventarios, 1518 Materiales para la Prestación de Servicios por valor de \$2.245.282 (Administrativo)	No dada de baja a medicamentos vencidos al cierre de la vigencia 2017.	Al 31 de diciembre en la cuenta 15180101 del balance general, se encuentra sobrevaluada en \$2,245,282 por medicamentos vencidos.	<p>ACCIÓN CORRECTIVA: Se procedió a dar de baja dichos medicamentos en el mes de Enero de 2018, tras realizar el respectivo Comité Técnico de Sostenibilidad contable en el cual se aprobó definitivamente la baja, ante la falta de recuperación por parte de la empresa proveedora de los medicamentos.</p> <p>ACCIÓN DE MEJORA PREVENTIVA: Diseñar e implementar un plan de seguimiento de tal manera que al 30 de noviembre de cada año se tenga, por lo menos el 95% de las bajas ya contabilizadas y así generar un informe el cual se envíe copia a Control interno, para lo cual se circularizará a los responsables de inventarios y a Bienes y Servicios para que realicen los inventarios y ajustes pertinentes y reporten dicha información al área contable en la primera quincena de diciembre</p>	Llevar a la realidad los inventarios en la cuenta 15180101 del balance general.	Registrar las bajas en el sistema Dinámica. Net/ las bajas solicitadas mediante comité sostenibilidad contable.	UNIDAD	1	15-jun-18	31-ene-19	33	100,00	100%	33	33	33	X		CONTABILIDAD y FARMACIA

3	A	Notas Específicas a los Estados Contables- (Administrativo)	Las notas a los Estados Financieros, no son en su totalidad lo suficientemente específicas, explicativas claras.	No permite tener claridad sobre los efectos, cambios y situaciones particulares de las cuentas afectadas en los procesos de depuración y saneamiento contable, cambios significativos en el proceso de convergencia.	ACCIÓN CORRECTIVA: Las notas anexas a la información bajo PGCA son las notas en norma local las cuales fueron presentadas al ente control, las Revelaciones incluidas políticas contables son anexas a los informes bajo Norma Internacional.	Mostrar detalladamente los hechos económicos y cambios generados por marco normativo, mas relevantes de la Institución	Realizar notas especifica, claras y explicativas a los Estados financieros	UNIDAD	1	15-jun-18	28-feb-19	37	1,00	100%	37	37	37	X	CONTABILIDAD
					ACCIÓN DE MEJORA PREVENTIVA: Proporcionar revelaciones adicionales a los requerimientos exigidos por las NIIF, que permitan a los usuarios comprender el impacto de determinadas transacciones, así como de otros hechos o condiciones, sobre la situación y desempeño financieros de la entidad, por lo tanto a Noviembre 30 de 2018 debe haber unas revelaciones proyectadas ya al cierre del ejercicio para que sean revisadas y se hagan recomendaciones por parte la Revisoría Fiscal y así proporcionar unas revelaciones útiles a los grupos de interés														
TOTALES															80,71	80,71	81		

Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse al siguiente correo: joyaga@contraloriagen.gov.co

Convenciones:	
	Columnas de calculo automático
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celda con formato fecha: Día Mes Año
	Fila de Totales

Evaluación del Plan de Mejoramiento		
Puntajes base de Evaluación:		
Puntaje base de evaluación de cumplimiento	PBEC	81
Puntaje base de evaluación de avance	PBEA	81
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	CPM = POMMI / PBEC	100.00%
Avance del plan de Mejoramiento	AP = POMI / PBEA	100.00%

NOTA ACLARATORIA: Este plan de mejoramiento fue suscrito el 15 de junio de 2018. Al 29 de marzo de 2019, el hallazgo No.3 que se encontraba pendiente en la acción de mejora relacionada con las NOTAS ESPECÍFICAS A LOS ESTADOS CONTABLES, se reporta el cumplimiento de esta acción con la revelación de los Estados Financieros a 31 de diciembre de 2018. Este plan de mejoramiento queda cerrado en todos sus hallazgos

FORMATO No 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO
Informe presentado a la Contraloría Municipal de Armenia

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
 Representante Legal: Magda Lucía Carvajal Iriarte
 NIT:801001440-8
 Periodo Fiscal que Cubre: 2017
 Fecha de suscripción: Diciembre 04 de 2018
 Fecha de Evaluación:29/03/2019

4 de dic de 18
 29 de mar de 19

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa Del Hallazgo	Efecto Del Hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la meta	Unidad de medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Metas	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMV)	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción		AREA RESPONSABLE
																		SI	NO	
1	Administrativo	Falta efectividad en acciones de mejora y deficiencias en el establecimiento de los planes de mejoramiento -	Falta de coherencia entre las acciones planteadas y el Hallazgo,	Incurrir nuevamente en las mismas situaciones que ya han sido establecidas en anteriores auditorias realizadas por este Ente de Control. Sanciones por reincidencias	<p>ACCIÓN CORRECTIVA: Revisar los planes de Mejoramiento vigentes, identificando y Replanteando aquellas acciones en que se presume un posible incumplimiento y cuya fecha de terminación sea superior a 30 días</p> <p>ACCIÓN DE MEJORA PREVENTIVA: 1. Realizar mesas de trabajo, documentadas en actas, para la discusión y formulación de las acciones de mejora en cada proceso auditor, enfocando las acciones de mejora a erradicar la causa del hallazgo</p> 2. Formular acciones de mejora, medibles, alcanzables y cumplibles en un periodo determinado 3. Identificar y Establecer los responsables competentes de cada acción a cumplir 4. Dar a conocer el Plan de Mejoramiento suscrito a cada uno de los involucrados y/o responsables del cumplimiento de las acciones formuladas. 5. Realizar Seguimiento, conforme a los plazos establecidos a los avances en los Planes de Mejoramiento por parte de la OCI, socializando los resultados obtenidos	Evitar incidencias de tipo disciplinario y sancionatorio por reincidencia en hallazgos Mejorar la efectividad y disminuir la incidencia de Hallazgos	<p>1. Cada responsable deberá verificar en los planes de mejoramiento vigentes, las acciones a replantear y reportar ante la Oficina de Control Interno la propuesta de reformulación de acciones, antes de 30 días del vencimiento del término para su culminación</p> <p>1. Para cada plan de mejoramiento a suscribir deberá realizarse y documentarse en Acta Mesas de Trabajo con los responsables de las acciones de mejora, (Acciones de mejora 1,2,3)</p> <p>2. La Oficina de Control Interno comunicará a los responsables el Plan de Mejoramiento en firme (Acción de mejora 4)</p> <p>3. La Oficina de Control Interno comunicará a los responsables los resultados de los avances en el Plan de Mejoramiento (Acción No.5)</p>	Reportes e informes, oficios de solicitud	100%	4/12/2018	3/12/2019	52	0,5	50%	26	0	0	X		Subgerente de Planificación Institucional/Coordinador Financiero/Gerente - Líderes y/o Coordinadores que tengan abiertos o lleguen a suscribir Planes de Mejoramiento

2	Administrativo	<p>Gestión Documental Administrativo. En la carpeta física del seguimiento a los planes de mejoramiento, no se encontró la totalidad de documentos; como ejemplo se cita el seguimiento de las acciones establecidas para desarrollar sobre la auditoría regular vigencia 2015- componente de gestión y resultados- 3 hallazgos sin evidencias. Así mismo no se encontraron debidamente foliados y organizados.</p> <p>Por lo anterior este Organismo se pronuncia frente a la inadecuada gestión archivística de los documentos que soportan el seguimiento de los planes de mejoramiento, pues estos no se encontraron foliados, las carpetas no llevan un orden consecutivo y no ofrecen secuencia cronológica que permita evidenciar con claridad la efectividad de las acciones de mejora planteadas.</p>	Insuficiencia de personal en la Oficina de Control Interno para realizar actividades de la Oficina durante la vigencia 2017	<p>No se garantiza el principio de transparencia y acceso a la información</p> <p>Pérdida de la Información</p> <p>Incurrir en incidencias disciplinarias y posibles sanciones</p>	<p>ACCIÓN DE MEJORA PREVENTIVA:</p> <p>Mantener actualizado el archivo de Gestión de cada vigencia</p>	<p>Garantizar el acceso a la información a través de diferentes canales y medios</p>	<p>Archivar periódicamente y de acuerdo a la TRD la documentación recibida y despachada durante cada vigencia.</p> <p>Designar una persona con conocimiento en el manejo de Archivo, con tiempo y tareas específicas para la organización y transferencia documental del archivo de Control Interno correspondiente a las vigencias 2014, 2015, 2016, y 2017</p>	Reportes e informes, oficios de solicitud	100%	4/12/2018	31/12/2019	52	0%	0	0	0	X	Subgerente de Planeación Institucional.	Líder de Sistemas	Líder de Planeación	Líder de Archivo
		<p>Así mismo debe realizarse un control efectivo sobre las publicaciones en la página web, tanto de los planes de mejoramiento suscritos como de los avances; toda vez que es una buena fuente de información para el organismo de control como también para quien quiera acceder a estos, y no fue posible el acceso a todos ellos</p>	No se cuenta con una política para el manejo de la publicación y la disposición final de los documentos que se bajan de la página Web	<p>Ajustar los manuales relacionados con archivo físico y digital adicionando lo correspondiente a la información digital</p> <p>Identificar y dar tratamiento a los Riesgos de Seguridad Digital</p>	<p>Garantizar el acceso a la información a través de diferentes canales y medios</p>	<p>Incorporar en los Manuales de Procesos y procedimientos de Archivo, y de las TIC el tratamiento, manejo y conservación de la información Digital</p> <p>Formular el Mapa de Riesgos de Seguridad Digital conforme con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles</p> <p>Definir y evaluar cuatrimestralmente la efectividad de los controles propuestos a los Riesgos de la seguridad digital</p>	Actas, Oficios y/o correos electrónicos	100%	4/12/2018	31/12/2019											

resolución															26,00	0,00	0				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	------	---	--	--	--	--

Convenciones:		Evaluación del plan de mejoramiento									
	Columnas de calculo automático										
	Información suministrada en el informe de la CGR	Puntajes base de evaluación								PBEC = 0	
	Celda con formato fecha: Día Mes Año	Puntaje base evaluación de cumplimiento								PBEA = 104	
	Fila de Totales	Puntaje base evaluación de avance								CPM = POMVI/PBEC 0,00%	
		Cumplimiento del plan								AP= POMI/PBEA 25,00%	
		Avance del plan de mejoramiento									

NOTA ACLARATORIA: Este plan de mejoramiento fue suscrito el 04 de diciembre de 2018, La ejecución es acorde con el tiempo transcurrido

FORMATO No 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
 Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
 NIT:801001440-8
 Periodos fiscales que cubre: 2016
 Modalidad de Auditoria: REGULAR COMPONENTE FINANCIERO
 Fecha de Reformulación: 10 de diciembre de 2018
 Fecha de Evaluación:

10-dic-18
29-mar-19

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de Medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción		AREA RESPONSABLE				
																		SI	NO					
3		La Auditoria de Modalidad Regular Vigencia 2016, arrojo que en la observación "Oportunidad en el pago de los servicios Públicos "por el pago extemporáneo de algunas facturas de servicios públicos que derivaron pago de intereses moratorios	Sin Registro	Sin Registro	1. Emitir Circular a las coordinadoras de los distintos Centros de Salud 2. Establecer mecanismos de control para la recepción, identificación de responsables de reporte extemporáneo y entrega a contabilidad de las facturas de servicios públicos 3. Registrar y reportar al Tesorero las Facturas de Servicios Públicos 4. Realizar el pago de las facturas de Servicios Públicos, de forma prioritaria 5. Socializar con los involucrados el procedimiento establecido para la recepción, registro y trámite de pago de facturas de servicios públicos	Evitar pago de intereses moratorios con cargo al erario público	1. Elaborar y enviar circular a las Coordinadoras de Centros de Salud dando instrucciones sobre el manejo de las facturas de servicios públicos-Directora Técnica Ambulatoria. 2. Diseñar y llevar un registro y control de facturas de servicios públicos y demás documentos recibidos en los Centros de Salud y el Hospital del Sur-Lider de Bienes y Servicios 3. Entregar de forma inmediata al área de contabilidad las facturas de servicios públicos recibidas (Lider de Bienes y Servicios) 4. Informar al Subgerente de Planificación Institucional cuando se presente la situación de reporte extemporáneo de facturas de servicios públicos - Lider de Bienes y Servicios	Circular, Registros de control, reportes	100	31/12/2018	28/02/2019	8	100	100%	8	8	8	X		Subgerencia de Planificación Institucional, Directora Técnica Ambulatoria, Lider de Bienes y Servicios, Contadora, Tesorero				
TOTALES																			8	8.43	8			

Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse al siguiente correo: joyaga@contraloriagen.gov.co

Convenciones:	
	Columnas de calculo automático
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celda con formato fecha: Día Mes Año
	Fila de Totales

Evaluación del Plan de Mejoramiento			
Puntajes base de Evaluación:			
Puntaje base de evaluación de cumplimiento		PBEC	8
Puntaje base de evaluación de avance		PBEA	8
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento		CPM = POMVI / PBEC	100.00%
Avance del plan de Mejoramiento		AP = POMI / PBEA	100.00%

NOTA ACLARATORIA: El hallazgo No. 3 de este Plan de Mejoramiento fue reformulado el 10 de diciembre de 2018, atendiendo sugerencia de la Oficina de Control Interno en seguimientos anteriores. Con fecha 29 de marzo de 2019, dicho plan de mejoramiento queda cumplido.

FORMATO No 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
NIT:801001440-8
Periodos fiscales que cubre: 2016
Modalidad de Auditoría: REGULAR COMPONENTE FINANCIERO
Fecha de Suscripción: 03 de Noviembre de 2017
Fecha de Evaluación:

3-nov-16
29-mar-19

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de Medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMV)	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción		AREA RESPONSABLE					
																		SI	NO						
1		Durante la revisión matemática de 15 empleados en cuanto a la liquidación de vacaciones y prima de vacaciones se identificó que existen diferencias ya que Red Salud Armenia cuenta con un software para la liquidación de nómina y este tiene mal parametrizado los factores salariales correspondientes a vacaciones, lo cual arroja las algunas diferencias	Con lo anterior se pudo denotar deficiencias en la planeación, toda vez que la capacitación debe obedecer a un proceso planeado (plan de capacitación) y para efectos de otorgarlo debe obedecer a comisiones motivadas por norma nacional reglamentado anualmente, aplicando los factores allí establecidos. Esta situación no difiere del cumplimiento de procesos o actividades propias de obligaciones misionales	No reporta registro	En el mes de febrero de 2017 se implementó el módulo del Sistema Dinámica Gerencial para la liquidación de nómina de los funcionarios de planta, esto se verifica a funcionarios aleatoriamente, en la nomina del mes de feb 2018 con visita de campo. (se cuenta con acta como evidencia)	No reporta registro	Se parametrizó en Dinámica Gerencial. Net la formulación correspondiente para la liquidación de prima de vacaciones y vacaciones desde el mes de enero de 2017, se realizó la actualización con la nomina de inicio de la vigencia.	porcentaje	100%	1-mar-17	31-dic-17	44	100%	100%	44	44	44	X		Talento Humano/Sistemas					
2		"Registro de gastos rubro viáticos y gastos de viaje" En la evaluación los documentos soportes de caja menor, se evidencian los oficios 03496 del 4 de mayo de 2016 y 07977 del 15 de diciembre de 2016, oficios en los que se solicita reembolso de la caja menor, en la descripción de reembolso "viáticos y gastos de viaje" relacionan gastos como: • El Portal Paisa • Restaurante Olga Lucia • Restaurante troncos y carbón • Buñuelos días • Corporación de Restaurantes, etc.	No reporta registro	No reporta registro	Se diseñará e implementará un formato de cumplido de asistencia, el cual deberá diligenciado desde la Secretaría y con firma de autorización de la Gerencia o su delegado	No reporta registro	Se implementó formato de cumplido de asistencia, el cual se viene aplicando para el registro de viáticos y gastos de viaje, a este formato se le anexan soportes como recibo de caja correspondiente a alimentación o transporte público.	porcentaje	100%	1-jun-17	31-dic-17	30	100%	100%	30	30	30		X	Secretaria de Gerencia					
4		PAGO MULTA SUPERINDUSTRIA Y COMERCIO Mediante Resolución 109 del 9 de marzo de 2016 "por medio de la cual se ordena un gasto", Orden de pago 657 y comprobante de egreso 36283 del 9 de marzo de 2016, se reconoció y pagó a la Superintendencia de Industria y Comercio la suma de \$8.059.402 por concepto "valor pago multa según resolución 33827 de 2012 de la Superintendencia de Industria y Comercio"	El pago de multas fue generado por un incumplimiento de las funciones como es la obligatoriedad de reportar la información ante la plataforma SISMED, lo que generó que un gasto injustificado que lesionó el patrimonio de Red Salud en \$8.059.402.	Es claro, entonces, que dicho gasto implica una disminución o merma de los recursos asignados a la entidad organismo, generando con ello, un posible detrimento patrimonial por valor de \$8.059.402.	Realizar investigación interna para determinar quienes fueron los funcionarios responsables por cuyas omisiones se genero el pago de la multa a favor de la Superintendencia de Industria y Comercio	No reporta registro	Mediante actas del Comité de Conciliación de fechas 15 de mayo y 8 de noviembre de 2017 concluyó la improcedencia de iniciar acción de repetición en contra de funcionario alguno, puesto que debe tramitarse por proceso de responsabilidad fiscal citando para ello Sentencia del Tribunal Administrativo del Quindío con radicado 63-001-3333-752-2013-00014-01 del 13 de julio de 2017 en auto de acción de repetición con asunto similar. Según reporte del Responsable dicha acción se cumplió; por lo cual el hallazgo queda cumplido	porcentaje	100%	27-jun-17	21-jul-17	3	100%	100%	3	3	3		X	Jurídico					
TOTALES																				3,43	3,43	3			

Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse al siguiente correo: joyaga@contraloriagen.gov.co

Convenciones:

	Columnas de calculo automático
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celda con formato fecha: Día Mes Año
	Fila de Totales

Evaluación del Plan de Mejoramiento

Puntajes base de Evaluación:		
Puntaje base de evaluación de cumplimiento	PBEC	3
Puntaje base de evaluación de avance	PBEA	3
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	CPM = POMVI / PBEC	100.00%
Avance del plan de Mejoramiento	AP = POMI / PBEA	100.00%

NOTA ACLARATORIA: De acuerdo a la información suministrada por los responsables y según verificación de archivos de informes de seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno en años anteriores, se concluye que las acciones a implementar y las correcciones fueron cumplidas. Se evidencia que en algunos casos las acciones de mejora propuestas no atacan las causas del hallazgo y no guardan concordancia con el hallazgo formulado por el ente de control, por lo tanto no hubo efectividad en dichas acciones. Este Plan de Mejoramiento queda Cerrado.

FORMATO No 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
NIT:801001440-8
Periodos fiscales que cubre: 2016
Modalidad de Auditoría: REGULAR GESTIÓN DE RESULTADOS
Fecha de Reformulación: 25/10/2018
Fecha de Evaluación:

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de Medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMV)	Puntaje atribuido metas vencidas	25-oct-18 29-mar-19		AREA RESPONSABLE						
																		SI	NO							
1		En la vigencia 2016, ocurrieron hurtos de cuatro (4) celulares y tres (3) equipos biomédicos, por lo cual la institución tuvo que asumir para la reposición \$6.842.060,00, por lo cual se evidencia detrimento patrimonial.	Sin registro	Sin Registro	1. Diseñar e implementar un instrumento de control de entrega de inventarios en cada cambio de turno o de responsable del servicio. Incluyendo en dicho instrumento punto de control y responsabilidad de reporte ante el Líder de Bienes y Servicios 2. Socializar a cada responsable de Servicio el instrumento de control de inventarios, junto con las instrucciones de diligenciamiento. (Líder de Bienes y Servicios) 3. Reportar ante la Subgerencia de Planificación Instruccional las novedades informadas por los Responsable de la custodia de los inventarios. (Líder de Bienes y Servicios) 4. Reportar ante la Aseguradora la ocurrencia del Hurto y hacer la reclamación en los casos pertinentes (Líder de Bienes y Servicios) 5. Reportar en términos ante la Oficina de Control Interno Disciplinario las novedades de pérdidas y hurtos de equipos, de acuerdo a los informes enviados por el Líder de Bienes y Servicios (Subgerente de Planificación Institucional). 6. Realizar de forma periódica actividades de sensibilización y capacitación en deberes y obligaciones, a los responsables de la custodia de equipos, bienes y demás inventarios, de acuerdo a lo consagrado en la Ley 734 de 2002 y demás normativa aplicable	Sin registro	1. Un Instrumento de entrega de turnos, diseñado y en uso permanente 2. Informe de reporte de novedades ante la Subgerente de Planificación Institucional una vez ocurra el Hurto 3. Reportes y/o reclamaciones de los hurtos ante la Aseguradora 4. Reporte de ocurrencia de hurtos ante la Oficina de Control Interno Disciplinario 5. Actividades de Sensibilización y capacitación realizadas a los responsables de la custodia de equipos, bienes y demás inventarios	UNIDAD	1	25-oct-18	20-ene-19	12	0,5	50%	6	6	12	X		Líder de Bienes y Servicios /Subgerente de Planificación Institucional						
3		DEFICIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL EN LOS CENTROS DE SALUD Faltan letreros de señalización como está establecido en el PEGIRSH	Sin registro	Sin Registro	1. Elaborar al inicio de cada vigencia cronograma de visitas de inspección a los distintos Centros de Salud y áreas asistenciales de la Unidad Intermedia del Sur para verificar cumplimiento del PGRASA 2. Realizar cada dos meses visitas de inspección de cumplimiento de PGRASA, aplicando para ello lista de chequeo 3. Reportar ante cada Responsable de Área y a la Líder de Bienes y Servicios las novedades identificadas en la inspección realizada 4. Con base en los informes de Inspección, la Líder de Bienes y Servicios realiza las intervenciones de acuerdo a los recursos disponibles y reporta ante la Subgerente de Planificación Institucional las necesidades de adquisición para que se tramiten según prioridades.	Sin registro	1. Un Cronograma anual de visitas de inspección 2. Registro en lista chequeo según inspecciones realizadas 3. Reporte ante los responsables y la Líder de Bienes y Servicios de las situaciones encontradas en visitas de inspección 4. Intervenciones ejecutadas una vez recibido el reporte de inconformidades en el PGRASA 4.1 Reporte escrito de necesidades de adquisición ante la Subgerente de Planificación Institucional	UNIDAD	1	25-oct-18	20-feb-19	17	100	100%	17	17	17		X	Subgerente de Planificación Institucional /Gestión Ambiental y Bienes y Servicios						
TOTALES																				23,07	23,07	29				

Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse al siguiente correo: joyaga@contraloriagen.gov.co

Convenciones:	
	Columnas de calculo automático
	Información suministrada en el Informe de la CGR
	Celda con formato fecha: Día Mes Año
	Fila de Totales

Evaluación del Plan de Mejoramiento			
Puntajes base de Evaluación:			
Puntaje base de evaluación de cumplimiento		PBEC	29
Puntaje base de evaluación de avance		PBEA	29
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento		CPM = POMM / PBEA	78,78%
Avance del plan de Mejoramiento		AP = POMI / PBEA	78,78%

NOTA ACLARATORIA: Los hallazgos No. 1, 3 de este Plan de Mejoramiento fueron reformulados el 25 de octubre de 2018, atendiendo sugerencia de la Oficina de Control Interno en seguimientos anteriores. A la fecha 29/03/2019, no se han culminado las acciones reformuladas, no obstante que el plazo para implementarlas ya expiró.

**FORMATO No 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO**

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
 Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
 NIT:801001440-8
 Periodos fiscales que cubre: 2016
 Modalidad de Auditoría: REGULAR GESTIÓN DE RESULTADOS
 Fecha de Suscripción: 03 de Noviembre de 2016
 Fecha de Evaluación:

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de Medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas metas (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas	3-nov-16 29-mar-19		AREA RESPONSABLE				
																		Efectividad de la acción						
																		SI	NO					
2		Vencimiento de términos en los Procesos Disciplinarios internos	No reporta registro	No reporta registro	Realizar control y seguimiento al proceso con el fin de evitar el vencimiento de términos	No reporta registro	Se actualiza base de datos incluyendo recomendaciones anteriores como: definir el estado y los términos de los procesos.	porcentaje	100%	20-nov-17	28-feb-18	14	100	100%	14	14	14		X	Subgerencia de Planificación Institucional y Control Interno Disciplinario				
4		Presentación del informe de gestión anual. No se presenta de manera clara el logro de las metas propuesta para la vigencia 2016, así como no reporta la totalidad de la gestión realizada para cada una las áreas administrativas y misionales de la entidad.	No reporta registro	No reporta registro	Incluir en el informe de rendición de la cuenta CIA contraloría los resultados del informes de gestión del gerente de la vigencia evaluada.	No reporta registro	Se elaboró por parte de la Oficina de Calidad un informe de gestión anual, el cual se publicó el 31 de enero en la página de la entidad. Se recomienda que dicho informe cubra las variables cualitativas y cuantitativas establecidas por la CMA, incluyendo la gestión del Talento Humano, Gestión Ambiental, Tecnológica entre otros aspectos	porcentaje	100%	20-nov-17	28-feb-18	14	100	100%	14	14	14		X	Oficina de Calidad				
5		PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS Se evaluaron las órdenes de servicios pagadas por concepto de la realización de campañas del plan de intervenciones colectivas (PIC) dirigido a la población del Municipio de Armenia, además se encontraron inconsistencias en el desarrollo del plan de intervenciones colectivas (PIC) donde se pudo verificar que Armenia desarrollo algunas de las actividades saliéndose de su objetivo misional en el capítulo 1 aspectos generales del PIC, artículo 8 definición de PIC "va dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, con el mayor objetivo que es la promoción de la salud y la gestión del riesgo."	No reporta registro	No reporta registro	Cumplir con las acciones contratadas por la Secretaria de Salud Municipal por medio del contrato de salud publica plan de intervenciones colectivas, que estén acorde con el plan Decenal de salud publica, Plan de Desarrollo Municipal y con las definidas por el ente territorial conforme al Analisis situacional de salud (ASIS) Según lo expuesto en la resolución 518 del 26 de febrero de 2015.	No reporta registro	El contrato auditado por la Contraloría Municipal culminó en diciembre 31 de 2017, el nuevo contrato se suscribió con acta inició del 6 de febrero de 2018 con número de contrato 20180002 en el se pactaron obligaciones similares al contrato de la vigencia 2017, dicho contrato culminó el 31 de diciembre de 2019	unidades	100%	1-dic-17	31-mar-18	17	0	0%	0	0	17		X	Gerencia y Contratación				
6		Al verificar la información de los cuadros de mando que cada líder de programa debe diligenciar mensualmente se evidenció que una vez cruzada la información de éstos mando con la información de RIPS, hubo diferencias en los datos, así mismo al verificar la información reportada en los POA por los responsables, ésta no coincidió con las evidencias presentadas a la contraloría	No reporta registro	No reporta registro	Enviar a Planeación en medio magnético, junto con el seguimiento trimestral, las evidencias que soporten la realización las actividades de los diferentes POA, por parte de cada uno de los responsables	No reporta registro	Cuatrimestralmente se solicita por parte de la Oficina de Planeación el reporte de avances del POA con sus respectivas evidencias. La acción planteada no ataca la causa del hallazgo, por lo tanto se sugiere replantearla. Se recomienda que la Oficina de Planeación realice los seguimientos con periodicidad semestral y pruebas de campo que permitan evidenciar el cumplimiento reportado por cada responsable	porcentaje	100%	31-dic-17	31-dic-18	52	100	100%	52	52	52		X	Lider de Planeación				
TOTALES																			80,71	80,71	98			

Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse al siguiente correo: joyaga@contraloriagen.gov.co

Convenciones:	
	Columnas de calculo automático
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celda con formato fecha: Día Mes Año
	Fila de Totales

Evaluación del Plan de Mejoramiento		
Puntajes base de Evaluación:		
Puntaje base de evaluación de cumplimiento	PBEC	98
Puntaje base de evaluación de avance	PBEA	98
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	CPM = POMVi / PBEA	82,48%
Avance del plan de Mejoramiento	AP = POMi / PBEA	82,48%

NOTA ACLARATORIA: Si bien las correcciones se implementaron a partir de la auditoría, y se realizaron acciones correctivas, se evidencia que algunos casos las acciones de mejora propuestas no atacan las causas del hallazgo y no guardan concordancia con el hallazgo formulado por el ente de control, por lo tanto no hay efectividad en dichas acciones. Así mismo y aunque la acción de mejora propuesta en el hallazgo No. 6 se cumplió, es preciso aclarar no se reformuló, no obstante la sugerencia de la Oficina de Control Interno. **Este Plan de Mejoramiento queda cerrado**

FORMATO No 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
 Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
 NIT:801001440-8
 Periodos fiscales que cubre: 2016
 Modalidad de Auditoría: DENUNCIA CIUDADANA DP 0017-0014
 Fecha de Suscripción: 29 de Septiembre de 2017
 Fecha de Evaluación:

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de Medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción		AREA RESPONSABLE
																		29-sep-17	29-mar-19	
																		SI	NO	
1	A	Producto de la revisión de la plataforma Tharsis, plataforma diseñada para el ingreso de los resultados generados en el laboratorio clínico, se pudo evidenciar que de los 25 usuarios que estaban activos en el aplicativo, no habían sido depurados. Lo anterior conlleva a que la información emitida en los reportes no sea confiable, puesto que no se tienen los niveles de seguridad óptimos, así como la responsabilidad se encuentra a cargo de un contratista y no se cumplen los protocolos de seguridad que ello lo amerita. Adicional a ello se otorgan permisos adicionales los cuales no debieran ser permitidos como es el caso de los bacteriólogos quienes pueden eliminar o suprimir una sucursal o cuenta, como el caso ocurrido con la sucursal (04) la cual fue anulada.	No reporta registro	No reporta registro	1. Realizar en conjunto con el proveedor la depuración de los usuarios en el aplicativo Tharsis con el fin de inactivar todos aquellos que se encuentren desvinculados de la institución o ya no laboren en el área de laboratorio. 2. Realizar en conjunto con el proveedor la revisión de permisos de todos los perfiles creados en el sistema Tharsis, con el fin de que cada usuario que labora en el laboratorio solo tenga los privilegios en el sistema para las actividades que realiza y no posea mas permisos de los necesarios. 3. Asignar la tarea al lider del proceso, de inactivar de inmediato, el recurso humano que se desvinculo del laboratorio, mediante un correo electrónico a la mesa de ayuda de tharsis.	No reporta registro	1. La Dirección Técnica Hospitalaria conjuntamente con el proveedor relazó la depuración. 2. La Dirección Técnica Hospitalaria conjuntamente con el área de Sistemas y el proveedor relazó la revisión de permisos y perfiles 3. Acción cumplida por la Dirección Técnica Hospitalaria, se recomienda continuar el desarrollo permanente de las acciones planteadas, con el fin de no reincidir en los hallazgos.	porcentaje	100%	29-sep-17	29-sep-17	0	100	100%	0	0	0	X		Líder de proceso del Laboratorio clínico Líder de Sistemas de Información
2	A	En evaluación y análisis de información aportadas al expediente y una vez confrontada la misma, se encuentra que RED SALUD Armenia E.S.E. acordó y prestó un servicio de laboratorio referencia y/o par con la entidad MEDICAL HELP S.A.S. para el procesamiento de muestras de laboratorio sin que mediara Acto Administrativo, contrato o convenio entre las partes mencionadas	No reporta registro	No reporta registro	1) Análisis de Estudios de necesidades 2) Análisis de Estudios Previos. 3)Garantizar que todos los acuerdos de voluntades, estén debidamente legalizados con un contrato.	No reporta registro	La oficina de contratación realiza los respectivos contratos, según análisis de Estudios de necesidades análisis de Estudios Previos, los cuales son tramitados por las subgerencia Científica y de planificación Actualmente la E.S.E. tiene contrato con la empresa ANNAR para insumos de laboratorio, la cual cumple con los requisitos legales, entre ellos los que están contemplados en la acción de mejoramiento del hallazgo (se entrega por parte de la Oficina de Contratación como evidencia los soportes de esta contratación). Recomendación incorporar en el mapa de riesgos este hallazgo a fin de controlar y mitigar la posibilidad de reincidencia	porcentaje	100%	29-sep-17	29-sep-18	52	100%	100%	52	52	52	X	Gerente y asesora jurídica Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	
3	A	Una vez evaluados los procedimientos referidos al manejo de inventarios de insumos y reactivos dentro del laboratorio y realizado cruce de inventarios se detecta un faltante de reactivos por la suma de \$ 143.942.819.54. Esto como resultado de verificar el registro de inventarios en Laboratorio, ante la inexistencia de un inventario inicial o final o registro fiable para determinar las existencias de insumos y reactivos en laboratorio.	No reporta registro	No reporta registro	1. Elaboración, documentación e implementación de un procedimiento de pedidos y manejo de inventarios en el interior del laboratorio 2. Asignación de actividades administrativas a una auxiliar de laboratorio, para manejo exclusivo de las bodegas y el inventario	No reporta registro	1. Se cuenta con procedimiento documentado, socializado y puesta en marcha. 2) se solicitó a Talento Humano la asignación de funciones, se recomienda continuar el desarrollo permanente de las acciones planteadas, con el fin de no reincidir en los hallazgos.	porcentaje	100%	29-sep-17	29-nov-17	9	100	100%	9	9	9	X	Directora hospitalaria /Talento Humano / lider de proceso de laboratorio	

4	A	<p>Se pudo observar que Medical Help solicitó mediante oficio con radicado No.6990 del 05 de Octubre de 2016 a Red Salud Armenia, la prestación del servicio como laboratorio de referencia y/o laboratorio par. Propuesta que sería aceptada posteriormente por el Gerente (e) de Red Salud Armenia.</p> <p>Con base a lo anterior, mediante la solicitud realizada, Medical Help propone que Red Salud Armenia procese unas muestras a manera de contingencia pertenecientes a algunos de sus clientes, debido a circunstancias que se presentan con el laboratorio de estos. Así las cosas, Medical Help "... entregará el reactivo suficiente y necesario para la realización de las mismas; así como también en calidad de contraprestación bonificará sin ningún costo para la institución el equivalente en reactivos...".</p> <p>Al aceptar la propuesta de negociación Red Salud procedió sin tener en cuenta los principios de eficiencia, eficacia y economía de la administración pública establecidos en el Artículo 3 de la Ley 489 de 1998, puesto que, prestó un servicio sin tener en cuenta la totalidad de los costos directos e indirectos que incurren en la prestación del mismo, situación que demuestra que no hay equilibrio entre la relación Costo – Beneficio del servicio prestado, impidiendo que la entidad obtenga mayores ingresos por la realización de los procedimientos.</p>	No reporta registro	No reporta registro	Estructuración y distribución paulatina de costos directos e indirectos mediante el sistema de Costeo Basado en Actividades - ABC- de los servicios habilitados de laboratorio que oferta la IPS que sirvan como referencia para el análisis del equilibrio beneficio-costo.	No reporta registro	El Laboratorio Clínico certificó al responsable de costos los Servicios Habilitados, con base esto se realizó el costeo de actividades de laboratorio Clínico. A la fecha del seguimiento se verifica archivo de Excel, en el cual se encuentran los servicios de laboratorio habilitados por el Hospital y su costo, según información entregada por la coordinadora de Laboratorio en Enero de 2018, siendo esta la última actualización. Actividad permanente	porcentaje	100%	1-oct-17	30-nov-17	9	100	100%	9	9	9	9	X	Gerencia, subgerencias, direcciones técnicas, líderes de proceso.
---	---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	------	----------	-----------	---	-----	------	---	---	---	---	---	-------------------------------------------------------------------

5	A	Observa la Contraloría que a la fecha de la auditoría de Control Interno no se encontraba ningún documento que relacionara la entrega de la bonificación por parte de Medical Help.	No reporta registro	No reporta registro	1. Elaboración, documentación e implementación de un procedimiento de pedidos y manejo de inventarios en el interior del laboratorio 2. Fortalecer y capacitar al recurso humano de facturación y auxiliar del laboratorio, encargado de recibir al usuario, que solo se reciben ordenes facturadas por el hospital y en ordenes del hospital generadas por médicos de la red de red salud.	No reporta registro	1) documento implementado, socializado y puesto en marcha 2) Se realizaron las respectivas capacitaciones con el personal auxiliar de laboratorio, para lo cual se hizo la convocatoria a través de gerencia y se cuenta con las evidencias al respecto. se recomienda continuar el desarrollo permanente de las acciones planteadas, con el fin de no reincidir en los hallazgos.	unidades	100%	29-sep-17	29-oct-17	4	100	100%	4	4	4	X		Dirección hospitalaria Laboratorio clínico Facturación
6	A	se observaron fallas en la designación de funciones y estructuración del personal de planta, considerando que se observa como la entidad delega el cumplimiento de funciones a un contratista, toda vez que un profesional contratado como Bacteriólogo, es quien posteriormente fue designado de manera verbal para desempeñar las funciones de coordinador en el área de laboratorio, de igual forma se evidencia la inexistencia de dicho cargo y sus correspondientes funciones.	No reporta registro	No reporta registro	La oficina de Talento Humano en cumplimiento de las funciones esenciales notificara sobre las obligaciones consagradas en el Manual de Funciones de la entidad, mediante oficio al Director Técnico Administrativo y al Subgerente Científico. Se enviara comunicación a las respectivas subgerencias quienes son las encargadas de planear los estudios previos, sobre la precaución en la redacción de las obligaciones contractuales, evitando que sean confundidas con las funciones del personal de Planta.	No reporta registro	Por parte de la Subgerencia de planificación institucional se asignaron funciones y se envió comunicación el día 12 de octubre de 2017 a la subgerencia Científica y Dirección Hospitalaria en lo referente a la precaución que se debe tener frente a la elaboración de estudios previos.	porcentaje	100%	29-sep-17	31-oct-17	5	100	100%	5	5	5	X		Subgerencia científica, Dirección técnica, Laboratorio Clínico
7	A	se detectó que la entidad durante la vigencia 2016 recibió insumos y reactivos en calidad de préstamo desde el 18 de abril al 15 de julio del 2016 por parte del proveedor Medical Help, cuya entrega fue soportada mediante remisiones que fueron entregadas directamente al laboratorio de la entidad. Los insumos y reactivos solo fueron ingresados al sistema en el mes de Diciembre de 2016, fundamentado en fallo del Juzgado Segundo Oral del Circuito de Armenia con radicado 63-001-3333-755-2014-00215-00 del 28 de Noviembre de 2016.	No reporta registro	No reporta registro	Solicitar un informe mensual de control y seguimiento de la adquisición de bienes e insumos tanto por compras como por convenios interinstitucionales a las subgerencias tanto científica como administrativa, la cual debe ir respaldada por los líderes operativos de cada área, garantizando un esquema de contratación que asegure la prestación de servicios dentro de estándares de calidad, eficiencia y oportunidad estableciendo la mejor relación precio/beneficio. Velamos por la eficiente prestación de los servicios administrativos y por la preservación y adecuado uso de los inventarios buscando optimizar su utilización.	No reporta registro	Frente a estas acciones de mejora no se reportó evidencia, por lo cual no se registra resultado de avance.	porcentaje	100%	29-sep-17	31-oct-17	5	100	100%	5	5	5	X		Subgerencia científica, Subgerencia de Planificación

TOTALES																					82,86	82,86	83
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	-------	----

Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse al siguiente correo: joyaga@contraloriagen.gov.co

Convenciones:	
	Columnas de calculo automático
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celda con formato fecha: Día Mes Año
	Fila de Totales

Evaluación del Plan de Mejoramiento		
Puntajes base de Evaluación:		
Puntaje base de evaluación de cumplimiento	PBEC	83
Puntaje base de evaluación de avance	PBEA	83
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	CPM = POMMI / PBEC	100,00%
Avance del plan de Mejoramiento	AP = POMI / PBEA	100,00%

NOTA ACLARATORIA: Si bien las correcciones se implementaron a partir de la auditoría, y se realizaron acciones correctivas, se evidencia que en algunos casos las acciones de mejora propuestas no atacan las causas del hallazgo y no guardan concordancia con el hallazgo formulado por el ente de control, por lo tanto no hubo efectividad en dichas acciones. **Este Plan de Mejoramiento queda CERRADO**

FORMATO No 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
NIT:801001440-8
Periodos fiscales que cubre: 2015
Modalidad de Auditoría: DENUNCIA CIUDADANA DP 013-084
Fecha de Suscripción:03 de Noviembre de 2015
Fecha de Evaluación:

3-nov-15
29-mar-19

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de Medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción		Área Responsable	
																		SI	NO		
4	Administrativo	Nota debito por valor \$1.638.410 no descontada a pagos realizados a la empresa Temporal	No envió de novedad oportunamente por la empresa temporal para aplicación al momento del pago	Detrimiento Patrimonial por valores de mas pagados a Terceros	Solicitar a los proveedores de servicios y de bienes la necesidad de reportar oportunamente las novedades que se presenten en la ejecución de los contratos	Cumplimiento de los principios de la Gestión Fiscal en pagos	solicitud escrita de reporte de novedades a proveedores / solicitudes escritas de reporte de novedades a proveedores a realizar. las acciones formuladas según reporte e los responsables a la OCI, fueron cumplidas en la vigencia 2016, por lo cual no se hace seguimiento en esta vigencia, por lo cual se da por cerrado el Plan de Mejoramiento. notas debito descontadas en liquidaciones de pago evidenciadas dentro del comprobante de egreso / notas debito reportadas para liquidaciones de pago. las acciones formuladas según reporte e los responsables a la OCI, fueron cumplidas en la vigencia 2016, por lo cual no se hace seguimiento en esta vigencia, por lo cual se da por cerrado el Plan de Mejoramiento.	porcentaje	100%	1-dic-15	1-dic-16	52,29	100	100%	52	52	52	X		Tesorería / Contabilidad / Coordinación Financiera	
6	Administrativo	Al revisar los estudios previos del contrato 014 de 2013 y la invitación publica se observa que el presupuesto oficial de la contratación corresponde a la suma de \$1,742,028,835, no obstante al revisar la propuesta del oferente, en este caso TEMPORALMENTE SAS, se evidencia que ésta fue presentada por valor de \$1,749,762,592.	deficiencias en el análisis de la propuesta presentada dentro del comité de contratación.	incumplimiento al pliego de condiciones	Solicitar a los miembros del comité de contratación apegarse a los criterios de evaluación establecidos en los pliegos y/o invitaciones publicadas. Igualmente solicitar a cada uno de los miembros de comité de contratación que ante cualquier anomalía que se presente en dicho comité lo manifieste oportunamente dentro del mismo con el fin de evitar tomar una decisión errónea.	Evitar actuaciones por fuera de los procedimientos legales.	criterios de evaluación cumplidos por los participantes / criterios de evaluación establecidos en los pliegos y/o invitaciones publicadas. las acciones formuladas según reporte e los responsables a la OCI, fueron cumplidas en la vigencia 2016, por lo cual no se hace seguimiento en esta vigencia, por lo cual se da por cerrado el Plan de Mejoramiento. las acciones formuladas según reporte e los responsables a la OCI, fueron cumplidas en la vigencia 2016, por lo cual no se hace seguimiento en esta vigencia, por lo cual se da por cerrado el Plan de Mejoramiento.	porcentaje	100%	1-dic-15	1-dic-16	52,29	100	100%	52	52	52	X		integrantes comité de contratación	
							anomalías informadas del comité de contratación / anomalías presentadas dentro del comité de contratación. las acciones formuladas según reporte e los responsables a la OCI, fueron cumplidas en la vigencia 2016, por lo cual no se hace seguimiento en esta vigencia, por lo cual se da por cerrado el Plan de Mejoramiento.	porcentaje	100%	1-dic-15	1-dic-16	52,29	100	100%	52	52	52	X		integrantes comité de contratación	
							informes presentados por anomalías encontradas en selección del contratista / anomalías encontradas en selección de contratistas. las acciones formuladas según reporte e los responsables a la OCI, fueron cumplidas en la vigencia 2016, por lo cual no se hace seguimiento en esta vigencia, por lo cual se da por cerrado el Plan de Mejoramiento.														

7	Administrativo	Red salud suscribió contrato de prestación de servicios No. 014 de 2013 con la empresa TEMPORALMENTE cuyo objeto consistió en proveer personal en misión debidamente capacitado para que desarrolle intención en salud. Al revisar los estudios previos y analizar cada uno de los pagos realizados por RED SALUD se observaron deficiencias en la fase de la planeación, toda vez que lo contemplado en los estudio previos no se reflejó en la ejecución del contrato.	Deficiencias en el análisis y elaboración de estudios previos de acuerdo a las necesidades de la institución.	A) deficiencia en la ejecución contractual B) agotamiento del recurso económico determinado dentro del contrato	Solicitar a las Subgerencia científica y planificación institucional, quienes son las encargadas de la elaboración de los estudios previos, que coordinen con los líderes, profesionales y/o especialistas (en atención a la experiencia y conocimiento específico del objeto a contratar) igualmente establecer y plasmar en forma clara y precisa la necesidad que se pretende satisfacer con el fin de que no se presenten observaciones al momento de la liquidación del contrato, para que con esta actividad se mitigue la probabilidad de ocurrencia del riesgo de acuerdo con el objeto y actividades a desarrollar por parte del contratista la entidad contratante, así mismo solicitar al interventor y/o supervisor del contrato que al momento de efectuar los pagos verifique que lo facturado este acorde con el servicio prestado con el fin de llevar una correcta ejecución del monto contratado.	Evidenciar en el estudio previo el análisis del riesgo que conlleve el cumplimiento de la actividad a contratar y el mecanismo para mitigarlo, al igual que en forma clara y precisa la necesidad que se pretende satisfacer con la contratación. Igualmente tener un mayor control de los pagos autorizados y realizados, que sean acordes con lo facturado y contratado.	estudios previos realizados basado en estimaciones y asignaciones de riesgo / elaboradas. las acciones formuladas según reporte e los responsables a la OCI, fueron cumplidas en la vigencia 2016, por lo cual no se hace seguimiento en esta vigencia, por lo cual se da por cerrado el Plan de Mejoramiento.	porcentaje	100%	1-dic-15	1-dic-16	52,29	100	100%	52	52	52	X	Oficina de contratación / Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional , interventores y/o supervisores.				
																							Oficina de contratación / Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional , interventores y/o supervisores.

TOTALES														209.14	209.14	209							
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--------	-----	--	--	--	--	--	--	--

Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse al siguiente correo: joyaga@contraloriagen.gov.co

NOTA ACLARATORIA: De acuerdo a la información suministrada por los responsables y según verificación de archivos de informes de seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno en años anteriores , se concluye que las acciones a implementar y las correcciones fueron cumplidas, por lo tanto no se realizarán seguimientos por parte de la Oficina de Control Interno, por corresponder a hechos fenecidos. Sin embargo se evidencia que en algunos casos las acciones de mejora propuestas no atacan las causas del hallazgo y no guardan concordancia con el hallazgo formulado por el ente de control, por lo tanto no hubo efectividad en dichas acciones. Este Plan de Mejoramiento queda **CERRADO**

Convenciones:	
	Columnas de calculo automático
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celda con formato fecha: Día Mes Año
	Fila de Totales

Evaluación del Plan de Mejoramiento			
Puntajes base de Evaluación:			
Puntaje base de evaluación de cumplimiento	PBEC	209	
Puntaje base de evaluación de avanza	PBEA	209	
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	CPM = POMVI / PBEC	100.00%	
Avance del plan de Mejoramiento	AP = POMI / PBEA	100.00%	

FORMATO No 2

INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
 Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
 NIT:801001440-8
 Periodos fiscales que cubre: 2014
 Modalidad de Auditoría: REGULAR COMPONENTE FINANCIERO
 Fecha de Suscripción:03 de Noviembre de 2015
 Fecha de Evaluación:

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de mejoramiento	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de Medida de la Meta	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas	Puntaje Logrado por las metas Vencidas	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción		AREA RESPONSABLE
																		3-nov-15	29-mar-19	
																		SI	NO	
1	A	Cuentas Bancarias no registradas en el Balance	No se tiene conocimiento de las cuentas bancarias que posee Red Salud Armenia E.S.E., que se encuentran en cero	Se puede generar pérdida de dinero sin que sea detectado por la entidad, porque se puede mover la cuenta durante el año y al final se deja con saldo en cero	A)Revisar las cuentas bancarias que están inactivas, para su cancelación a la mayor brevedad. B) Monitorear periódicamente que las cuentas activas de la Entidad estén debidamente autorizadas por los niveles directivos.	Reflejar la totalidad de las cuentas Bancarias en los Estados Contables	El área de tesorería realizó trámite para la cancelación de las 7 cuentas inactivas de los bancos agrario / infivalle. Se realizan Conciliaciones Bancarias mensuales de la totalidad de las cuentas activas. Esta acción es realizada permanente, el hallazgo fue subsanado en la vigencia 2015-2016, ya que las acciones planteadas fueron cumplidas. En los procesos de contabilidad y Tesorería se realizan cruces de información con el balance de prueba mensual y el boletín de tesorería para el seguimiento de las cuentas bancarias	porcentaje	100%	1-dic-15	1-dic-16	52	100%	100%	52	52	52	X		Tesorería / Subgerente de Planificación Institucional
2	A	Pagos efectuados que sobregiraron la cuenta de Red Salud Armenia E.S.E. e intereses no registrados	El balance contable de Red Salud Armenia E.S.E. arroja A) la cuenta corriente del Banco de Occidente número 031090184 quedó con un saldo negativo de 498 (miles de pesos) B) la cuenta de ahorros de Davivienda número 136000393456, no se registraron intereses por valor 75 miles de pesos lo que subestima el efectivo del balance C) el saldo reportado por la entidad bancaria y el registrado en el balance de la cuenta de ahorros de INFIVALLE no corresponde, lo	Generación de déficits de tesorería y fiscal	Ejercer control entre el saldo real de efectivo y las erogaciones realizadas	Garantizar el registro de la totalidad de transacciones económicas de la Entidad	Se recomienda adelantar acciones distintas encaminadas a eliminar la causa del Hallazgo, toda vez que las planteadas inicialmente, no atacan las causas del hallazgo. se realizó parametrización del modulo de tesorería del programa DINAMICA, NET. Se realizan conciliaciones Bancarias mensuales de las cuentas abiertas de cada uno de los bancos de la entidad para cierre mensual. (Cruce con Contabilidad)	porcentaje	100%	1-dic-15	1-dic-16	52	100%	100%	52	52	52	X		Tesorería / Subgerente de Planificación Institucional
3	A	Clasificación de las cuentas Bancarias en el balance	se pudo establecer que la cuenta de INFIVALLE número 100-103-2751, no cumple el concepto de cuenta de ahorro.	Riesgo de que se manejen cuentas de ahorro por terceros y no por Red Salud Armenia E.S.E.	Saldar la cuenta de ahorros aperturada con instituto financiero INFIVALLE	Identificar claramente las líneas de servicios que prestan lasa Entidades financieras para establecer el control a ejercer	Se cierra y se liquida la cuenta de ahorros aperturada con instituto financiero INFIVALLE. Se realizan conciliaciones mensuales, como acción permanente. El hallazgo fue subsanado en la vigencia 2015-2016, ya que las acciones planteadas fueron cumplidas. Se realiza seguimiento mensual a las cuentas, la clasificación de las cuentas se encuentra parametrizada en Dinámica Gerencial.Net, donde aparecen las cuentas activas a la fecha de revisión, a la fecha del seguimiento no hay cuentas inactivas.	porcentaje	100%	1-dic-15	1-dic-16	52	100%	100%	52	52	52	X		Contador

4	A	Diferencia en el saldo de deudores	El saldo de la cuenta deudores de los estados contables presenta diferencia con los saldos que reportan los deudores	Estados contables ajustados a la realidad	no	Depurar los saldos del estado de cartera y los deudores	Saldos de cartera depurados	No se realizan las conciliaciones mensuales planteadas en la acción de mejora, se realizan de forma trimestral, se efectúa la conciliación de cartera conforme a la circular 030, la última conciliación es del mes de mayo de 2018, la acción de mejora no fue replanteada oportunamente, ya que no se puede cumplir tal como se formuló.	porcentaje	100%	1-dic-15	1-dic-16	52	100%	100%	52	52	52	X	Contador
5	A	Bienes registrados en Red Salud que no están en la oficina de Instrumentos Públicos	Red Salud Armenia E.S.E. tiene relacionado en su balance los predios del centro de salud el Caimo, CAA del sur, los Quindos, los cuales en la circularización con la oficina de instrumentos públicos no fueron informados.	Sobreestimación del balance contable, por tener registrados bienes sin poseer el instrumento legal jurídico que acredite su posesión		Definir la legalidad de los bienes pendientes de la posesión de escritura pública	Propiedad legalizada de los bienes de la ESE	Se sugiere continuar adelantando los tramites pertinentes por Red Salud Armenia, con el fin de obtener la respuesta o decisión del Municipio con respecto a legalidad de los bienes.	unidades	100%	1-dic-15	1-dic-16	52	100%	100%	52	52	52	X	Jurídico/Gerencia
6	A	Diferencia gastos financieros	lo reportado en la deuda pública, difiere de lo que se encuentra establecido en los gastos financieros en el Estado de Resultados por concepto de intereses en cuanto a lo reportado en el informe de deuda pública.	Sobreestimación del patrimonio por subestimación de los gastos		Realizar las revisiones de los informes a presentar con la información fuente	Informes consistentes	Se generan cuatro estados contables en el año ajustados a la realidad económica de la Entidad. Se realiza de forma mensual cruce y verificación de la información reportada con los soportes de pago. Informes presentados con los soportes correspondientes. Se envían Informes requeridos por los usuarios tanto internos como externos.	porcentaje	100%	1-dic-15	1-dic-16	52	100%	100%	52	52	52	x	Contador
TOTALES															313,71	313,71	314			

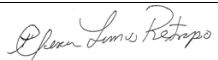
Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse al siguiente correo: joyaga@contraloriagen.gov.co

Convenciones:	
	Columnas de calculo automático
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celda con formato fecha: Día Mes Año
	Fila de Totales

Evaluación del Plan de Mejoramiento		
Puntajes base de Evaluación:		
Puntaje base de evaluación de cumplimiento	PBEC	314
Puntaje base de evaluación de avance	PBEA	314
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	CPM = POMPI / PBEC	100.00%
Avance del plan de Mejoramiento	AP = POMPI / PBEA	100.00%

NOTA ACLARATORIA: De acuerdo a la información suministrada por los responsables y según verificación de archivos de informes de seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno en años anteriores, se concluye que las acciones a implementar y las correcciones fueron cumplidas, por lo tanto no se realizarán seguimientos por parte de la Oficina de Control Interno, por corresponder a hechos fenecidos. Sin embargo se evidencia que en algunos casos las acciones de mejora propuestas no atacan las causas del hallazgo y no guardan concordancia con el hallazgo formulado por el ente de control, por lo tanto no hubo efectividad en las acciones de mejora propuestas. Este Plan de Mejoramiento queda **CERRADO**

FECHA DEL SEGUIMIENTO: MARZO 29 DE 2019



ELABORADO: TERESA LEMUS RESTREPO
JEFE DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO