



GESTION DEL CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 0

Página 1 de 8

107

Popayán, 20 de Enero de 2017.

Doctor
GERARDO ALBERTO RAMOS BRAVO
Contralor Municipal de Popayán
La ciudad

Asunto: Segundo informe de seguimiento a la ejecución del Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría Municipal de Popayán en mayo de 2016.

Cordial saludo:

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E suscribió el Plan de Mejoramiento con la Contraloría Municipal de Popayán para subsanar las observaciones presentadas en el informe final de auditoría financiera y presupuestal practicada a la vigencia 2015.

De conformidad con la resolución orgánica número 09 del 04 de febrero de 2010 **“ARTICULO 21 : OBLIGACION DE PRESENTARLO, RESPONSABLE Y PLAZO: El representante legal , o quien haga sus veces de los sujetos de control de la Contraloría Municipal de Popayán, deberá presentar un plan de mejoramiento para subsanar y corregir los hallazgos administrativos negativos formulados en el informe de auditoria emitido por la Contraloría Municipal, en copia dura y medio magnético, en un plazo máximo de quince (15) días , contados a partir de la presentación del informe definitivo. “ “ PARÁGRAFO TERCERO: El jefe de control interno o quien haga sus veces deberá rendir informe de avance y evaluación del cumplimiento de los planes de mejoramiento en forma semestral con corte a 30 de junio y 30 de diciembre, y deberá presentarse**

“Rumbo a la acreditación”

Carrera 6 No 10N - 142

Conmutador 8 234508 Ext 115

Correo electrónico: gescontrol@hospitalsanjose.gov.co

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN
25/01/2017 09:36:54
Remite: LUIS ENRIQUE HURTADO HURTADO
Asunto: SEGUNDO INFORME PLAN MEJORAMIENTO MAYO 2016
Destinatario: CONTRALORIA MUNICIPAL DE POPAYAN
Al contestar cite numero *200003542017* Folios: 1



FECHA: 25-01-2017 HORA: 11:36

FOLIOS: 4 FIRMA: Ana de la Cruz Ledezma

Handwritten signature and date

ante la Contraloría Municipal quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de corte”.

Se estableció en el plan general de auditorias suscrito entre la Gerencia y la Oficina Asesora de Control Interno el 23 de diciembre de 2016, realizar seguimiento a los planes de mejoramiento con la Contraloría Municipal de Popayán.

Para la calificación se utilizó el siguiente rango de calificaciones.

Porcentaje de Cumplimiento	Calificación
De 100% a 76%	Alto
De 75% a 51%	Medio
De 0% a 50%	Bajo

En virtud de lo anterior presento el segundo informe de evaluación y seguimiento al plan en mención.

1,1 EJECUCIÓN ACCIONES CORRECTIVAS TESORERIA

HALLAZGO N° 2:

Acción correctiva 1: La identificación de "diferencias" al pie del estado de flujo de efectivo mensual, indica aquello que no constituye un ingreso (traslados). Se atiende la observación y se corrige el Estado de Flujo de Efectivo a 31 de diciembre de 2015. Desde esa fecha se corrigen los generados en los meses de enero, febrero y marzo de 2016 y subsiguientes.

Descripción de la meta: Anexar al Estado de Flujo de Efectivo "Notas explicativas" para describir aquello que no se constituye un ingreso.



GESTION DEL CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 0

Página 3 de 8

Observación: Se evidencia en los Balances Generales de Efectivo de julio a diciembre las respectivas notas explicativas a los ingresos.

Calificación: 100%

El porcentaje de cumplimiento del área de Tesorería es de 100 % lo cual equivale a una calificación de ALTO.

1,2 EJECUCIÓN ACCIONES CORRECTIVAS AREA DE PRESUPUESTO.

HALLAZGO N° 1:

Acción correctiva 1: Se acepta la observación y se procede a la expedición del certificado de disponibilidad que garantice la existencia de los recursos a partir de la fecha.

Descripción de la meta: Expedir certificado de disponibilidad presupuestal previo a las modificaciones que garantice la existencia de los recursos.

Observación: La Oficina de Presupuesto expide de manera constante certificaciones de la existencia de saldos de apropiación y disponibilidad presupuestal. Lo anterior permite garantizar la disponibilidad y el control de los saldos presupuestales en los diferentes rubros.

Calificación: 100%

HALLAZGO 4:

Acción correctiva 2: Emitir listado trimestral de cuentas por pagar detallando: fecha registro, NIT, nombre del tercero, número de RPC, detalle y valor, a la oficina jurídica para que proceda realizar las acciones pertinentes.

“Rumbo a la acreditación”

Carrera 6 No 10N - 142

Conmutador 8 234508 Ext 115

Correo electrónico: gescontrol@hospitalsanjose.gov.co



Observación: El 3 de enero de 2017 mediante comunicación oficial el jefe de la Oficina Asesora de Control Interno solicitó al Jefe de Presupuesto la ejecución de la acción correctiva sin obtener evidencia de cumplimiento solo adjunta una solicitud realizada a la Oficina Asesora Jurídica de fecha 26 de agosto de 2016 en la cual solicita las actas de liquidación de contratos para realizar depuración de los registros presupuestales en las cuentas por pagar de vigencias anteriores.

En conclusión no se obtuvo evidencia de listado trimestral de cuentas por pagar detallando: fecha registro, NIT, nombre del tercero, número de RPC, detalle y valor, a la oficina jurídica para que proceda a realizar las acciones pertinentes.

Calificación: 10%

El porcentaje de cumplimiento del área de Presupuesto es de 55 % lo cual equivale a una calificación de MEDIO.

1.3 EJECUCIÓN ACCIONES CORRECTIVAS ALMACEN.

HALLAZGO N° 3:

Acción correctiva 1: Realizar cronograma para depuración de inventarios.

Observación: La Oficina de Almacén General suscribió internamente dos cronogramas para realización de inventarios el primero el 4 de abril el segundo el 11 de julio los cuales no se cumplieron en un 100%.

En redistribuciones de funciones del área de almacén y con la finalidad de cumplir con la acción correctiva se genera un nuevo cronograma a ejecutar en los meses de octubre a noviembre de 2016.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INDESAE</small>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 0
		Página 5 de 8

Calificación: 37%

Acción correctiva 2: Realizar control de inventarios de bienes en servicios de acuerdo a procedimientos actualizados y Manual Administrativo de Manejo de Bienes.

Descripción de la meta: Realizar los inventarios físicos en los 69 servicios.


Observación: En la primera evaluación por parte de la Oficina Asesora de Control Interno se evidenció la realización de inventarios en 32 procesos del hospital adjuntando las actas firmadas por los responsables, los inventarios firmados y actualizados. Quedo pendiente realizar los 37 inventarios lo cual generó un porcentaje de ejecución de 46%.

Las áreas a las cuales se les realizó inventario fueron: Almacén, Archivo y correspondencia, Banco de Sangre, Calidad, Cardiología, Cartera, Centro de infusión pediátrica, Comité de infecciones, Control Interno Disciplinario, Control Interno, Convenios, Coordinación de servicios generales, Costos, Departamento de enfermería, Economato, Fonoaudiología, Fotocopiadora, Gerencia, Lavandería, Oficina Asesora Jurídica, Pagaduría, Patología, Planeación, Presupuesto, Quemados, Revisoría Fiscal, Sistemas, Subgerencia Administrativa y financiera, Suministros, Trabajo Social.

En el mes de septiembre de 2016 el área de almacén suscribió nuevo cronograma para ser ejecutado en los meses de octubre a noviembre adquiriendo la responsabilidad y el compromiso de realizar inventarios en 67 servicios.

Como respuesta a la comunicación oficial enviada desde control interno a Almacén se obtuvo evidencia de inventarios realizados en las siguientes áreas: Urgencias adultos, Banco de leche, Almacén, Banco de Sangre, Cardiología, Consulta externa, Endoscopia, Genética e infusión pediátrica, Ginecología, Laboratorio clínico, Medicas, Estancia Médico Quirúrgicas, Neonatos, Oncología, Sala partos, Patología, Pediatría, Quemados, Rayos X, Referencia



 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>EMPRESA PÚBLICA DEL ESTADO COSTA RICA</small>	<h2>GESTION DEL CONTROL INTERNO</h2>	FO-ARH-01
		Versión: 0
		Página 6 de 8

y contra referencia, Traumatología, UCI Adultos, UCI Pediátrica, UCIN, Urgencias pediátricas, Quirúrgicas.

Lo anterior permite concluir que de 69 inventarios programados en el cronograma se realizaron 26 los cuales presentan sobrantes y faltantes y en su mayoría no presentan las respectivas firmas.

La acción correctiva no se ejecutó a cabalidad durante la vigencia 2016, no se evidencian acciones administrativas y/o disciplinarias ante los faltantes y sobrantes encontrados.

Calificación: 37%

Acción correctiva 3: Actualizar los saldos de inventario de propiedad, planta y equipo.

Observación: El 11 de julio de 2016 el Almacenista Gr1 envió a la Contadora Pública del Hospital las diferencias encontradas en el inventario de Activos Fijos del Almacén General los cuales fueron objeto de ajuste en el Sistema Dinámica Gerencial .Net:

“1. Movimiento contabilizado CON03 # 581, realizado el 31 de diciembre de 2014, por el área de contabilidad, asunto: Reclasificación de IVA compra de software TEC Soluciones. Factura TEKP3071. Valor\$ 10.479.224.

2. Ajuste solicitado por el área de Almacén para conciliar información de inventarios realizados físicamente de las bodegas de bienes muebles y Propiedad, Planta y Equipo no Explotado contra información generada por el Sistema Dinámica Gerencial .Net, Valor \$208.035.664.99, realizado en el documento CON01# 841, fecha 31 de diciembre de 2015.

La acción correctiva se cerró en el primer seguimiento.

Calificación: 100%

	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 0
		Página 7 de 8

El porcentaje de cumplimiento de Almacén es de 58 % lo cual equivale a una calificación de MEDIO

1.4 EJECUCIÓN ACCIONES CORRECTIVAS OFICINA ASESORA JURIDICA.

HALLAZGO N°4:

Acción correctiva : Emitir Circular dirigida a los Interventores y/o Supervisores de Contratos susceptibles de liquidación, recordando su deber de elaborar el Acta de Terminación y Liquidación por mutuo acuerdo del Contrato dentro de los cuatro (04) meses siguientes a la terminación del mismo.

Observación: El 14 de junio de 2016 la Oficina Asesora Jurídica envió a los interventores y supervisores de la Contratación del HUSJ la circular informativa N° 105-04 de 2016 recordando la responsabilidad de los interventores de realizar la liquidación bilateral de los contratos y es deber de estos entregar en la Oficina Asesora Jurídica la respectiva acta de liquidación para su revisión lo anterior de conformidad con la Resolución 0601 del 19 de octubre de 2015 ***“ Por medio de la cual se adoptan las nuevas políticas y reglas para el ejercicio de las actividades de interventoría y supervisión de contratos del HUSJ – E.S.E.”*** en su artículo 18 liquidación de contratos.

La acción correctiva se ejecutó en el primer seguimiento.

Calificación: 100%

El porcentaje de cumplimiento de Juridica es de 100 % lo cual equivale a una calificación de ALTO

A continuación relaciono el consolidado de las calificaciones obtenidas por cada área.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ**
EMPRESA PÚBLICA DEL ESTADO
COSTA RICA

GESTION DEL CONTROL INTERNO

FO-ARH-01


Versión: 0

Página 8 de 8

AREA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CALIFICACION
TESORERIA	100%	ALTO
PRESUPUESTO	55%	MEDIO
ALMACENISTA	58%	MEDIO
OFICINA ASESORA JURIDICA	100%	ALTO
TOTAL	78%	ALTO

El porcentaje total de cumplimiento obtenido fue de 78% lo cual equivale a ALTO

Atentamente,


LUIS ENRIQUE HURTADO HURTADO
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyectó: CP Adriana María Reyes Rengifo- Auxiliar Administrativa ASPROIN

Revisó: Luis Enrique Hurtado Hurtado

Archivado en: 107.15.14 Plan de Mejoramiento Institucional.

Anexos: N/A

Copia a: Gerencia

Subgerencia Administrativa y financiera

Subgerencia Científica