E.S.E. Hospital Universitario®
ERASMO MEOZ

Gobernación de Norte de Santander

COMUNICACIÓN INTERNA

11 - 056

San José de Cúcuta, 15 de julio de 2022

PARA: Dr. MIGUEL TONINO BOTTA FERNANDEZ, Gerente

DE: Asesor Control Interno de Gestión

ASUNTO: Informe Seguimiento Planes de Mejoramiento Primer Semestre 2022

Para su conocimiento y fines pertinentes, me permito enviar el Resultado de Seguimiento practicado a los Planes de Mejoramiento realizado a los diferentes procesos, productos de las Auditorías, con corte a Primer Semestre 2022.

Atentamente,

MARTIN EDUARDO HERRERA LEON

Anexo: Folios (7)

Transcriptor: María Elida Lindarte

15-07-22
10:35 AM

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ®

Gobernación de Norte de Santander

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

SAN JOSÉ DE CÚCUTA, julio de 2022

INTRODUCCIÓN

El seguimiento a planes de mejoramiento, que debe realizar la oficina Asesora de Control Interno se encuentra enmarcado en la siguiente base legal:

- Ley 87 de 1.993 de las competencias de las oficinas de Control Interno de Gestión
- Departamento Administrativo de la Función Pública. MIPG. Planes de Mejoramiento
- Del numeral 3, Art 6 , de la Resolución Orgánica No. 07350 de 2013 de la Contraloría general de la República

DEFINICIÓN

El Plan o Planes de Mejoramiento, es el instrumento por el cual se determina, las falencias de un proceso o procedimiento , es la información que contiene el conjunto de Acciones correctivas y preventivas que debe adelantar un sujeto de control fiscal en un período determinado de tiempo para dar cumplimiento a las obligaciones de subsanar y corregir las causas administrativas o asistenciales que dieron origen a los hallazgos identificados por intermedio de una Auditoría , como resultado del proceso del ejercicio auditor . La ejecución del mismo contribuye para que la Mejora Continua de los procesos, se haga realidad en un período determinado de tiempo.

Las acciones determinadas como Acciones correctivas, deben ser llevadas al aplicativo institucional de Planes de Mejoramiento del respectivo proceso auditado

FUENTES

- De la evaluación independiente de las Auditorías Internas, realizadas por la oficina Asesora de Control Interno de Gestión, en concordancia con el respectivo Plan Anual de Auditorías aprobado por El Comité Coordinador de Control Interno

- Evaluación Externas órganos de control (NA)

- Procesos de Autoevaluación (NA)

* (NA) No aplica)

DESARROLLO

El hospital Universitario Erasmo Meoz, ha venido implementando y desarrollando a través de los diferentes procesos evaluados por la oficina Asesora de Control Interno de Gestión, el cumplimiento de los requisitos normativos , inherentes al seguimiento y evaluación del cumplimiento de tanto de las acciones preventivas como correctivas, establecidas en cada uno de los Planes de Mejoramiento que se encuentran vigentes, y tomando como referencia las acciones pendientes de darle cumplimiento en las siguientes vigencias evaluados : 2.018 - 2.019 – 2.020 – 2.021 y 2.022 con corte a 30 de JUNIO DE 2022

La entidad, implementó a través de la oficina de Planeación, el aplicativo, denominado Planes de Mejoramiento, la cual ha sido una herramienta eficaz y efectiva, para realizar con celeridad el seguimiento y cumplimiento de manera oportuna, de cada una de las acciones establecidas en los respectivos Planes.

De tal manera que cada líder o responsable pueda realizar autoevaluación, autogestión y autorregulación de las actividades que conduzcan a una Mejora Continua en cada de los procesos y procedimientos involucrados.

Del resultado verificado y confrontado por esta oficina asesora, lo describiremos de la siguiente manera:

Revisada la documentación soporte, del aplicativo de Planes de Mejoramiento y en atención a los respectivos hallazgos en cada una de las auditorías realizada por esta oficina Asesora, en las vigencias 2.018,2.019, 2.020, 2.021 y 2022 se determinó lo siguiente:

- Acciones determinadas como hallazgos (No Conformidades) N.C. Once (11) durante la vigencia 2018
- Acciones determinadas como hallazgos (No Conformidades) N.C. Cuarenta y dos durante la vigencia 2019
- Acciones determinadas como hallazgos (No Conformidades) N.C. Treinta y seis (36) acciones durante la vigencia 2020
- Total acciones determinadas como hallazgos,(No Conformidades) N.C. : Ciento veintinueve (128) acciones durante la vigencia 2021
- Acciones determinadas como hallazgos (No Conformidades) N.C. Veinticinco (25) durante la vigencia 2022

- Avances soportados y verificados en los respectivos Planes de Mejoramiento por la respectiva vigencia:

Vigencia 2.018: Acciones determinadas como hallazgos (No Conformidades) N.C. Once (11)

Cumplidas.	cumplimiento **%**	**En desarrollo**	Cumplimiento **%**	**No Iniciadas**	**cumplimiento %**
11	100	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Vigencia 2.019: Acciones determinadas como hallazgos (No Conformidades) N.C. Cuarenta y dos (42)

Cumplidas	**cumplimiento %**	**En desarrollo**	**Cumplimiento %**	**No Iniciadas**	**cumplimiento**
37	89	4	10	1	0,06

Vigencia 2020 Acciones determinadas como hallazgos (No Conformidades) N.C. Treinta y seis (36)

Cumplidas	cumplimiento %	**En desarrollo**	cumplimiento **%**	**Nó Iniciadas**	cumplimiento **%**
31	87 %	1	0,03 %	4	12 %

Vigencia 2021 Acciones determinadas como hallazgos (No Conformidades) N.C. Ciento veintiocho (128)

Cumplidas	**cumplimiento**	**En desarrollo**	**cumplimiento**	**Nó Iniciadas**	**cumplimiento**
100	78 %	23	18 %	5	4 %

Vigencia 2022 Acciones determinadas como hallazgos (No Conformidades) N.C. Veinticinco (25)

Cumplidas	cumplimiento	En desarrollo	cumplimiento	Nó Iniciadas	cumplimiento
11	44 %	3	12	11	44%

Con base en la tabla anterior consolidamos la totalidad de las No Conformidades de las respectivas vigencias relacionadas y su estado actual con corte a 30 de junio de 2022 :

CONSOLIDADO

Vigencia	Total Nó Conformidades	Cumplidas	En Desarrollo	Nó Iniciadas
2.018	11	11	N.A.	N.A.
2.019	42	37	4	1
2.020	36	31	1	4
2.021	128	100	23	5
2.022	25	11	3	11
TOTAL	**242**	**190**	**31**	**37**
		65 %	11 %	13 %

CONCLUSIONES

Realizada la confrontación de las Acciones establecidas en los respectivos Planes de Mejoramiento, en las vigencias revisadas se concluye:

- Del total de las 242 Acciones, se cumplieron Ciento noventa acciones que corresponden a un cumplimiento del sesenta y cinco por ciento (65 %)
- De las Acciones en Desarrollo representan un cumplimiento del 11%
- De las acciones No Iniciadas equivalentes a un 13%

ESTADO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Tabla 1.

SEMAFORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	Vigencia 2.018	Vigencia 2.019	Vigencia 2.020	Vigencia 2.021	Vigencia 2.022
	No Iniciadas	0	1	4	5	11
	En desarrollo	0	4	1	23	3
	Cumplidas	11	37	31	100	11

Los líderes y responsables de alimentar el aplicativo de Planes de Mejoramiento, no han cumplido en su totalidad con el avance de algunas acciones, en los respectivos planes.

RECOMENDACIONES

1. En concordancia con el seguimiento practicado por la Oficina de Control Interno, continuar con el compromiso para subsanar las debilidades encontradas

2. Los responsables de las acciones establecidas, en los Planes de Mejoramiento, deben replantear el compromiso para darle cumplimiento a la mayor brevedad.

4 .Los líderes de cada área deben llevar un inventario de los diferentes planes de mejoramiento de los procesos a su cargo, con el fin de verificar que las acciones de mejoramiento se estén llevando a cabo dentro del término establecido.

5. Incrementar el compromiso de cada una de las personas responsables en el desarrollo y cumplimiento de los planes de mejoramiento que tienen a su cargo.

6. Dificultades en el acceso a las claves o pasabordos para ingresar a los diferentes aplicativos institucionales entre los que se encuentran:

- Planes de Mejoramiento PUM
- Indicadores de gestión

7. Dar oportuno cumplimiento a las acciones.

Es importante especificar el año en que se realizaran las acciones en el cronograma de actividades del Plan de Mejoramiento. Por lo tanto hacemos especial énfasis en subsanar las acciones de vigencias 2.019, 2.020, 2.021 y 2.022 cuyos plazos de cumplimiento se encuentran vencidos.

NOTA: El corte del presente seguimiento se realizó con fecha del 30 de junio de 2.022, por lo tanto las acciones que fueron subidas al Aplicativo posteriores a esta fecha, no ingresaron para el informe.

Esta oficina Asesora continuará con el seguimiento y verificación de todas las acciones que surjan producto de la ejecución del Plan Anual de Auditorías.

Este seguimiento se practicará de manera semestral, según lo establece el DAFP y las normas que lo regulan.

Martín Eduardo Herrera León
Asesor Control Interno de Gestión.

Proyectó
Martín Mora Hernández PUE
Actisalud