

FORMATO No.2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
NIF:301001440-3
Periodos fiscales que cubre: 2017
Modalidad de Auditoría: REGULAR COMPONENTE FINANCIERO
Fecha de Suscripción: 15 de junio de 2018
Fecha de Evaluación: 28/12/2018

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 Meta	Fecha terminación Meta	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 vencidas (POMV)	Puntaje Logrado por las metas vencidas (POMVI)	Puntaje atribuido metas vencidas	15-jun-18 28-dic-18		Efectividad de la acción	AREA RESPONSABLE										
																		SI	NO												
1	A	Sobrestimación 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	Sobrestimación de la cuenta de deudores y subestimación de la cuenta de activos	ACCIÓN CORRECTIVA: Se reclasificó el saldo en la construcción en el Estado de Finanzas de Apertura -ESFA- al momento de la transición a la Norma Internacional. ACCIÓN DE MEJORA PREVENTIVA: Clasificar, reconocer y reclasificar los valores contabilizados en anticipos y que llegaren a afectar la Propiedad Planta y Equipo (PPE) en las cuentas pertinentes, antes del cierre de cada ejercicio.	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	Inveridumbre en el grupo 15 Inventarios, 1510 Materiales para la Prestación de Servicios por valor de \$2.245.282 (Administrativo)	No dada de baja a medicamentos vencidos a cierre de la vigencia 2017.	Al 31 de diciembre en la cuenta 15100101 del balance general, se encuentra sobreevaluada en \$2.245.282 por medicamentos vencidos.	ACCIÓN CORRECTIVA: Se procedió a dar de baja dichos medicamentos en el mes de Enero de 2018. Tras realizar el respectivo Comis. 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. 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 circulará 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	Llevar a la realidad los inventarios en la cuenta 15100101 del balance general.	Registrar las bajas en el sistema Dinámica. Net las bajas solicitadas mediante comis. sostenibilidad contable.	UNIDAD	1	15-jun-18	31-ene-19	33	100,00	100%	33	0	0	X			CONTABILIDAD y FARMACIA										
3	A	Notas Especificas 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. ACCIÓN DE MEJORA PREVENTIVA: Proporcionar revelaciones adicionales a los requerimientos exigidos por las NIF, 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	Mostrar detalladamente los hechos económicos y cambios generados por marco normativo, más relevantes de la Institución	Realizar notas específica, claras y explicativas a los Estados financieros	UNIDAD	1	15-jun-18	28-feb-19	37	0,75	75%	28	0	0	X			CONTABILIDAD										
TOTALES																															

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
	Código 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	11
Puntaje base de evaluación de avance		PBEA	81
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento		CPI = POMVI /	100,00%
Avance del plan de Mejoramiento		AP = POMI / PBEA	88,88%

NOTA ACLARATORIA: Este plan de mejoramiento fue suscrito el 15 de junio de 2018. Al 28 de diciembre de 2018, Los hallazgos 1 y 2 se encuentran cumplidos, queda pendiente el hallazgo No. 3 en la acción de mejora relacionada con las NOTAS ESPECÍFICAS A LOS ESTADOS CONTABLES, acción que se cumplirá con la revelación de los Estados Financieros a 31 de diciembre de 2018.

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
 Período Fiscal que Cubre: 2017
 Fecha de suscripción: Diciembre 04 de 2018
 Fecha de Evaluación: 28/12/2018

4 de dic de 18
 28 de dic de 18

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 Inicial Meta	Fecha terminación Meta	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 vencidas (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 deficiencia en el establecimiento de los planes de mejoramiento -	Falta de coherencia entre las acciones planeadas y el Hallazgo.	Incurrir nuevamente en las mismas situaciones que ya han sido establecidas en anteriores auditorías realizadas por este Ente de Control. Sanciones por reincidencia.	<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: Evitar incidencias de tipo disciplinario y sancionatorio por reincidencia en hallazgos</p> <p>Mejorar la efectividad y disminuir la incidencia de Hallazgos</p>	<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	0,2	20%	10	0	0	X		Subgerente de Planificación Institucional/Coordinador Financiero/Gerente - Líderes y/o Coordinadores que tengan abiertos o lleguen a suscribir Planes de Mejoramiento	

FORMATO No 2 INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO																										
Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte NIT: 801001449-8 Periodos fiscales que cubre: 2016 Modalidad de Auditoría: REGULAR COMPONENTE FINANCIERO Fecha de Suscripción: 03 de Noviembre 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 Metas	Avance físico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas vencidas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)	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 aplicando los factores allí establecidos, lo cual arroja 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 otorgar debe obedecer a comisiones motivadas por acto administrativo y liquidado conforme a 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 nómina 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 nómina 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 váticos y gastos de viaje" En la evaluación los documentos soportes de caja menor, se evidencian los oficios 03486 del 4 de mayo de 2016 y 07977 del 15 de diciembre de 2016, oficio en los que se solicita reembolso de la caja menor, en la descripción de reembolso váticos 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 cumplimiento de asistencia, el cual deberá ir diligenciado desde la Secretaría y con firma de autorización de la Gerencia o su delegado	No reporta registro	Se implementó formato de cumplimiento de asistencia, el cual se viene aplicando para el registro de váticos y gastos de viaje, a este formato se le anexan sigües 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	Secretaría 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 del 2 de marzo de 2016 y pago a 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 obligación 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 como tal, 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 automatico
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celdas 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 /	100,00%	
Avance del plan de Mejoramiento	AP = PONI / 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 Lucía Carvajal Friante
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 más 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 la Meta	Fecha Inicial Meta	Fecha terminación Meta	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 (PUL)	Puntaje Logrado por las metas vencidas (POMVI)	Puntaje atribuido metas vencidas	Ejecución de la acción		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 \$6.842.000.00, por lo cual se evidencia deterioro 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. (Lider de Bienes y Servicios) 3. Reportar ante la Subgerencia de Planificación Institucional las novedades informadas por los Responsable de la custodia de los inventarios. (Lider de Bienes y Servicios) 4. Reportar ante la Aseguradora la ocurrencia del Hurto y hacer la reclamación en los casos pertinentes (Lider 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	0%	0	0	0	X			Lider de Bienes y Servicios (Subgerente de Planificación Institucional)				
3		DEFICIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL EN LOS CENTROS DE SALUD Falta un taller de sensibilización 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	0,7	70%	12	0	0	X		Subgerente de Planificación Institucional (Gestión Ambiental y Bienes y Servicios)					
TOTALES																				11,80	0,00	0			

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

Convenciones:

	Columnas de calculo automatico
	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	PBECC = 0
Puntaje base de evaluación de alcance	PBEA = 25
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	CPM = POMVI / PBEA = 0,00%
Avance del plan de Mejoramiento	AP = POMI / PBEA = 40,29%

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.

FORMA TO No 3
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad: RED SALUD ARMENIA E.S.E
Representante Legal: Magda Lucia Carvajal Iriarte
NIT: 901001440-9
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 más de 20 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 vencidas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMV)	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción		AREA RESPONSABLE							
																		SI	NO								
																		3-nov-16 28-dic-16									
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	100,00	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 propuestas para la vigencia 2016, así como no reporta la totalidad de la gestión realizada para cada una de las áreas administrativas y misionales de la entidad.	No reporta registro	No reporta registro	Incluir en el informe de rendición de la cuenta CIA controlaría los resultados del informe 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 los órdenes de servicios pagados por concepto de la realización de campañas del plan de intervenciones colectivas (PIC) dirigido a la población del Municipio de Armenia, además se encuentran inconsistencias en el desarrollo de plan de intervenciones colectivas (PIC) donde se pudo verificar que Armenia desarrollo algunas de las actividades saliendo de su objetivo misional en el capítulo I 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 Secretaría de Salud Municipal por medio del contrato de salud pública plan de intervenciones colectivas, que estén acorde con el plan Decenal de salud pública, Plan de Desarrollo Municipal y con las definidas por el ente territorial conforme al Análisis situacional de salud (ASIS) Según lo equisito en la resolución 018 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 inicio del 6 de febrero de 2018 con número de contrato 20180002 en el se pactaron obligaciones similares al contrato de la vigencia 2017, a la fecha se encuentra en ejecución el cronograma de actividades por parte del Contratante, Secretaría Municipal de Salud.	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 estos mandos con la información de RIPS, hubo diferencias en los datos, así mismo al verificar la información reportada en los POA por los responsables, esta 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	0	0		X	Líder de Planeación							
TOTALES																							80,71	28,57	46		

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

Convenciones:	
	Columnas de cálculo automático
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celda con formato texto: Una Mes Año
	Fila de Totales

Evaluación del Plan de Mejoramiento			
Puntajes base de Evaluación:			
Puntaje base de evaluación de cumplimiento	PBEC		46
Puntaje base de evaluación de avance	PBEA		38
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento	CPM / POMV /		62,50%
Avance del plan de Mejoramiento	AP / POM / PBEA		32,43%

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
NT:301001440-B
Periodos fiscales que cubre: 2016
Modalidad de Auditoria: 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 Metas	Avance fisico de ejecución de las metas	Porcentaje de Avance de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas vencidas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMV)	Puntaje atribuido metas vencidas	Efectividad de la acción		AREA RESPONSABLE
																		29-sep-17	28-dic-18	
																		SI	NO	
1	A	Producto de la revisión de la plataforma Tharis, 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 enviada en los reportes no sea confiable, puesto que no se tienen los niveles de seguridad mínimos, 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 deberían 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 Tharis 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 Tharis, 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 líder del proceso, de inactivar de inmediato, el recurso humano que se desvinculo del laboratorio, mediante un correo electrónico a la mesa de ayuda de tharis.	No reporta registro	1. La Dirección Técnica Hospitalaria conjuntamente con el proveedor realizó la depuración. 2. La Dirección Técnica Hospitalaria conjuntamente con el área de Sistemas y el proveedor realizó la revisión de permisos y perfiles 3. Acción cumplida por la 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 presto un servicio de laboratorio referencia jfo por 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 aportes 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 \$ 1.43.942.819,54. 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 puesto 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 / líder de proceso de laboratorio

4	A	<p>Se pudo observar que Medical Help solicitó mediante oficio con radicado No.0990 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 acordada 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 ocurren 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 un procedimiento.</p>	No reporta registro	No reporta registro	Estructuración y distribución paulatina de costos directos e indirectos mediante el sistema de Costos Basado en Actividades (ABC) de los servicios habilitados de laboratorio que oferta la IPS que sirven 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 costo 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	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 órdenes facturadas por el hospital y en órdenes 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 consignadas 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 precación 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 precación que se deba 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 reportada 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 23 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 cálculo 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 = POMB /	100,00%
Avance del plan de Mejoramiento		AP = POMB / 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 Períodos 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		28-dic-16				
Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No más 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 vencidas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMV)	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	Detrimento 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.	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 pública 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 esta 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 apearse 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 atención 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/ 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.
---	----------------	---	---	---	---	--	---	------------	------	----------	----------	-------	-----	------	----	----	----	---	---

TOTALES																	
Para cualquier duda o aclaración puede dirigirse al siguiente correo: joyaga@contrabiagen.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 cálculo 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:		PBEC	209
Puntaje base de evaluación de cumplimiento		PBEA	209
Puntaje base de evaluación de avance		CPM = POFMMI /	100,00%
Cumplimiento del Plan de Mejoramiento		AP = POFMI / PBEA	100,00%
Avance del plan de Mejoramiento			

FORMATO No 2
INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

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

Número consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No más 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 Avances físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas	Puntaje Logrado por las metas Vencidas	Puntaje atribuido metas vencidas	3-nov-15		Efectividad de la acción	AREA RESPONSABLE						
																		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 detectada por la entidad, porque se puede mover la cuenta durante el año y al final 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 / infvalle. 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 sobrepasaron la cuenta de Red Salud Armenia E.S.E. e intereses no registrados	El balance contable de Red Salud Armenia E.S.E. arrojó A) la cuenta corriente del Banco de Occidente número 031000184 quedó con un saldo negativo de 498 (miles de pesos) B) la cuenta de ahorros de Davivienda número 13000030404, 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 INFVALLE no corresponde, lo sobrestimaría el disponible del	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 técnicas encaminadas a eliminar la causa del Hallazgo, toda vez que las planteadas inicialmente, no alcanzan las metas del hallazgo. Se realizó parametrización del módulo de tesorería del programa DINAMICA, NIT. 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 INFVALLE 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.	Salidar la cuenta de ahorros apertura con Instituto financiero INFVALLE	Identificar claramente las líneas de servicios que prestan las Entidades financieras para establecer el control a ejercer	Se cierra y se liquida la cuenta de ahorros apertura con Instituto financiero INFVALLE. 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 no ajustados a la realidad	Depurar los saldos del estado de cartera y los deudores	Salidos 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 2016, la acción de mejora no fue replanteada oportunamente, ya que no se puede cumplir tal como se formuló. Se realiza seguimiento mensual al estado de Liquidación de contratos Clépolis. Los estados financieros se encuentran ajustados a la realidad bajo las Normas NIIF.	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 Instrumentos Públicos	Red Salud Armenia E.S.E. tiene relacionado en su balance los predios del centro de salud de el Cairino, CAJA del sur, los Cuatros, los predios en la circunscripción con la oficina de Instrumentos Públicos no fueron informados.	Sobrestimación del balance contable, por tener registrados bienes sin posesión 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 trámites 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		Jurídica/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.	Sobrestimación 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																											

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

Convenciones:

	Columnas de cálculo automático
	Información suministrada en el informe de la CGR
	Celdas 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 = PBM/MI	100.00%
Avance del plan de Mejoramiento	AP = PBM / 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: DICIEMBRE 28 DE 2016


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