

FORMATO No 1 INFORMACIÓN SOBRE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO Informe presentado a la Contraloría Municipal de Armenia															
Entidad:		RED SALUD ARMENIA QUINDIO													
Representante Legal:		Magda Lucía Carvajal Iriarte													
NIT:		801.001.440													
Periodo fiscal que cubre:		2017													
Modalidad de Auditoría:		Modalidad Regular Componente de Gestión y Resultados Vigencia 2017													
Fecha de Suscripción:		4 de diciembre de 2018													
												04/12/17			
Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del Hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de Mejora Correctiva	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de medida de las Metas	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Área Responsable		
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	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	Evitar incidencias de tipo disciplinario y sancionatorio por reincidencia en hallazgos Mejorar la efectividad y disminuir la incidencia de Hallazgos	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	Reportes e informes, oficios de solicitud	100%	4/12/2018	3/12/2019	52	Subgerente de Planificación Institucional/Coordinador Financiero/Gerente - Líderes y/o Coordinadores que tengan abiertos o lleguen a suscribir Planes de Mejoramiento		
					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 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		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) 2. La Oficina de Control Interno comunicará a los responsables el Plan de Mejoramiento en firme (Acción de mejora 4) 3. La Oficina de Control Interno comunicará a los responsables los resultados de los avances en el Plan de Mejoramiento (Acción No.5)	Actas, Oficios y/o correos electrónicos	100%	4/12/2018	3/12/2019	52			

Numero consecutivo del hallazgo	Código hallazgo	Descripción hallazgo (No mas de 50 palabras)	Causa del Hallazgo	Efecto del hallazgo	Acción de Mejora Correctiva	Objetivo	Descripción de las Metas	Denominación de la Unidad de medida de la Meta	Unidad de medida de las Metas	Fecha iniciación Metas	Fecha terminación Metas	Plazo en semanas de las Meta	Área Responsable
2	Administrativo	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 auditoria regular vigencia 2015-componente de gestión y resultados 3 hallazgos sin evidencias. Así mismo no se encontraron debidamente foliados y organizados. 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.	Insuficiencia de personal en la Oficina de Control Interno para realizar actividades de la Oficina durante la vigencia 2017	No se garantiza el principio de transparencia y acceso a la información Pérdida de la Información Incurrir en incidencias disciplinarias y posibles sanciones	ACCIÓN DE MEJORA PREVENTIVA: Mantener actualizado el archivo de Gestión de cada vigencia	Garantizar el acceso a la información a través de diferentes canales y medios	Archivar periódicamente y de acuerdo a la TRD la documentación recibida y despachada durante cada vigencia	Documentación Archivada	100%	4/12/2018	3/12/2019	52	Jefe de Oficina Control Interno
					ACCIÓN DE MEJORA CORRECTIVA: Organizar los documentos y realizar la transferencia documental de los periodos atrasados	Garantizar el acceso a la información a través de diferentes canales y medios	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	Expedientes de las vigencias 2014 a 2017 Transferida al Archivo Central	100%	4/12/2018	3/12/2019	52	Subgerente de Planificación Institucional.
		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	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	Ajustar los manuales relacionados con archivo físico y digital adicionando lo correspondiente a la información digital Identificar y dar tratamiento a los Riesgos de Seguridad Digital	Garantizar el acceso a la información a través de diferentes canales y medios	Incorporar en los Manuales de Procesos y procedimientos de Archivo, y de las TIC el tratamiento, manejo y conservación de la información Digital 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 Definir y evaluar cuatrimestralmente la efectividad de los controles propuestos a los Riesgos de la seguridad digital	Manuales de procesos, políticas y protocolos acordes a normativa vigente	100%	4/12/2018	3/12/2019	52	Subgerente de Planificación Institucional. Líder de Sistemas Líder de Archivo	

Magdale.
MAGDA LUCÍA CARVAJAL IRIARTE
GERENTE

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