



**E . S . E . HOSPITAL
JOSÉ RUFINO VIVAS**
Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!

NIT N° 890.305.496-9



SC-CER185565 CO-SC-CER185565

22-10.01

Dagua – Valle, 31 Octubre de 2025

Doctor

FABIO ANDRES MENDOZA

Subgerente

REF: ENTREGA DE ACTA SOCIALIZACION Y DERECHO A LA CONTRADICCION, INFORME DEFINITIVO, PLAN DE MEJORAMIENTO DEL AREA DE PRESUPUESTO

Como es de su conocimiento en días pasados se realizó la Auditoria Interna al proceso del Área de Presupuesto encontrándose debilidades en dicho proceso.

El plazo para la suscripción de este plan de mejoramiento es hasta el día Martes 04 Noviembre/2025.

Una vez elaborado el plan de mejoramiento favor remitirlo a esta dependencia.

Cualquier aclaración al respecto con gusto será atendida.

Cordialmente,


HOSPITAL LOCAL
José Rufino Vivas E.S.E.
NIT 890 305.496-9
ANGELICA MARIA VELASCO
CONTROL INTERNO
Asesor de Control Interno

Gerencia


31-oct-2025
12:30 pm



**E.S.E. HOSPITAL
JOSÉ RUFINO VIVAS**

Calidez, Vocación & Excelencia en Salud



ACTA No.

11

Fecha	30-OCTUBRE-2025	Hora	9:00 A.M. - 10:00 A.M	IPS	E.S.E. HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS
Lugar	OFICINA DE SUBGERENCIA	Asunto	SOCIALIZACION DE INFORME PRELIMINAR DE LA AUDITORIA INTERNA Y DERECHO A LA CONTRADICCION DEL AREA DE PRESUPUESTO		

Asistentes

Nombre	Cargo	Firma
Dr. Fabio Andrés Mendoza	Subgerente	
Ing. Angélica María Velásquez	Asesor Control Interno	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La Asesora de Control Interno procede a dar lectura del informe preliminar de la auditoria interna realizada al área de Presupuesto, informe que con anterioridad había sido enviado a dicha área, con el fin de dar a conocer las debilidades encontradas y las opciones de mejora encontrados durante el proceso de la auditoria, adicional a lo anterior el área auditada podrá ejercer el derecho a la contradicción.

La Ing. Angélica procede a leer el informe en el cual se discrimina uno a uno las inconsistencias encontradas en el área, a lo cual el Subgerente refiere que una de las debilidades no está en el informe preliminar no de acuerdo porque esa actividad si se está cumpliendo, ya que todas las facturas que llegan a la entidad tienen un contrato, por lo tanto tienen DCP Y RP.

También refiere que las facturas se están entregando de a contabilidad a diaria, de acuerdo a como, y que efectivamente las falencias que se detectaron se presentan en el área, que en adelante velara porque dichas situaciones se subsanen y no se vuelvan a presentar.

Como hallazgos en firme quedan los siguientes dos (2):

- ** No se cuenta con un procedimiento documentado para el manejo de la caja menor.
- ** No se cuenta con acto administrativo dela liquidación de presupuesto de la vigencia 2024.

La Ing. Angélica procede a informar al área de Presupuesto que le queda en firme dos (2) hallazgos, las cuales deben realizar y tener los respectivos soportes de las acciones tomadas, para cuando se realice seguimiento al plan de mejoramiento suscrito por el área.

Fecha Próxima Reunión	N/A	Elaborada por	Ing. Angélica María Velásquez
------------------------------	-----	----------------------	-------------------------------

LISTADO DE ASISTENCIA



CODIGO: F-TH-01

FECHA: 30 OCTUBRE DE 2025
LUGAR: OFICINA DE CALIDAD
DIRIGIDO POR: ASESOR DE CONTROL INTERNO
OBJETIVO: SOCIALIZACION INFORME PRELIMINAR Y DERECHO A LA CONTRADICCION DE LA AUDITORIA INTERNA AL AREA DE SUBGERENCIA

No	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Angelica Ma Velazquez	29401030	[Signature]
2	Fabio Hernandez	92.510.712	[Signature]
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

COMENTARIOS:

22-10.01

Dagua – Valle, 30 Octubre de 2025

Doctor

FABIO ANDRES MENDOZA

Subgerente

REF: INFORME DEFIITIVO DE AUDITORIA INTERNA DEL AREA DE PRESUPUESTO

Por medio de la presente le informo que una vez realizada la socialización del informe preliminar del área de Presupuesto y haciendo ejercido el respectivo derecho a la contradicción, se pueden concluir lo siguiente:

Una vez aplicada la lista de chequeo y habiendo recogido algunos soportes que fueron solicitados y entregados en la auditoria, se evidencia claramente que existen algunas debilidades en el área, ya que hay actividades que no se tienen bien organizadas, ni documentadas, y hay algunas no se están realizado y se deben de realizar a partir de las observaciones realizadas en esta auditoría.

Debilidades:

- No se cuenta con un formato estandarizado para el manejo de pagos de la caja menor, se maneja el talonario de recibos de caja, cuando no presentan recibos que generan los diferentes comercios en las diferentes compras que se realizan por caja menor.
- No se tiene un procedimiento documentado para el respectivo manejo de la caja menor, solo se cuenta con la resolución de constitución de caja menor, la cual se elabora cada año para el mes de enero en cada vigencia.
- Es necesario que el área de almacén por pertenecer al proceso de subgerencia sea más diligente con los temas que le competen, ya que se ha evidenciado que en ocasiones hay demoras en las solicitudes que realizan las diferentes áreas, en el diligenciamiento de las entradas de almacén en el sistema R-fast lo cual hace que el área contable no pueda avanzar y se retrase el proceso.
- Nuevamente no se evidencia el acto administrativo de la liquidación del presupuesto, esta debilidad se evidencio desde la vigencia 2024 y a la fecha no se tuvo en cuenta

Opciones de Mejora:

- Se recomienda tener organizado y marcado el archivo del área, de manera que sea fácil de encontrar la información cuando se requiera.
- Es necesario que el área se organice de tal manera que la información que solicitan los diferentes entres de control e informes a rendir, no se deje para entregar y/o rendir el último día, ya que esto puede ocasionar que se rinda con errores y se generen posibles sanciones.

PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS



CODIGO: FM-GCA-
VIGENCIA: SEPT/2013
VERSION: 01

DEPENDENCIA: Subgerencia (Presupuesto)

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 31 Octubre de 2025

No. Hallazgo	DESCRIPCION	ACCIONES CORRECTIVAS	OBJETIVO	METAS	FECHA INICIAL	FECHA TERMINACION	PLAZO EN SEMANAS	RESPONSABLE	% AVANCE EJECCION	OBSERVACIONES
1	No se cuenta con un procedimiento documentado para el manejo de la caja menor.				31/10/2025	20/12/2025	13 SEMANAS	Subgerencia		
2	No se cuenta con acto administrativo de la liquidación de presupuesto de cada vigencia .				31/10/2025	20/12/2025	13 SEMANAS	Subgerencia		
ELABORADO POR:				FECHA						PAGINA
REVISADO POR:				FECHA						
APROBADOR POR:				FECHA						

Control José Rurino Vivas" <controlinterno@hospitaldagua.gov.co>

Para: subgerencia@hospitaldagua.gov.co

Fecha: 29/10/2025 06:06 PM

Asunto: ENVIO FORMATO DE PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA AUDITORIA INTERNA DE SUBGERENCIA

R. FABIO ANDRES MENDOZA

BUENOS DIA, ADJUNTO ESTOY ENVIANDO EL FORMATO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO, PARA QUE SEA DILIGENCIADO POR SU AREA
ORDILAMENTE

ANGELICA MARIA VELASQUEZ
SESION DE CONTROL INTERNO

Datos adjuntos:

Archivo: FORMATO PLAN DE
MEJORAMIENTO---presupuesto.xls

Tamaño:
103k

Tipo de Contenidos:
application/vnd.ms-excel

22-10.01

Dagua - Valle, 27 Agosto de 2025

Profesional

JUAN DAVID FERNANDEZ CARDONA

Coordinador del SG-SST

REF: ENTREGA DE ACTA DE SOCIALIZACION Y DERECHO A LA CONTRADICCION, INFORME DEFINITIVO, PLAN DE MEJORAMIENTO DEL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Como es de su conocimiento en días pasados se realizó la Auditoria Interna al proceso del Área de Seguridad y salud en el Trabajo.

El plazo para la suscripción de este plan de mejoramiento es hasta el día viernes 29 Agosto/2025.

El plazo para el cumplimiento de cierre de hallazgos en un plazo no mayor a dos (2) meses.

Una vez elaborado el plan de mejoramiento favor remitirlo a esta dependencia.

Cualquier aclaración al respecto con gusto será atendida.

Cordialmente,

HOSPITAL LOCAL
José Rufino Vivas E.S.E.
NIT 830 805 498-9
ANGELICA MARIA VELASQUEZ
Asesor de Control Interno

Rd
o f l

Copia - Gerencia

ACTA No.

08

Fecha	27-AGOSTO-2025	Hora	8:00 A.M. - 8:30 A.M	IPS	E.S.E. HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS
Lugar	OFICINA DE CONTROL INTERNO	Asunto	SOCIALIZACION DE INFORME PRELIMINAR DE LA AUDITORIA INTERNA Y DERECHO A LA CONTRADICCION DEL AREA DEL SG - SST		

Asistentes

Nombre	Cargo	Firma
Prof. Juan David Fernández C.	Coordinador del SG-SST	
Ing. Angélica María Velásquez	Asesor Control Interno	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La Asesora de Control Interno procede explicarle al funcionario del área del Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo de que se trata el derecho a la contradicción.

Una vez termina la respectiva explicación, se procede a dar lectura del informe preliminar de la auditoría interna realizada del área de SG – SST, informe que con anterioridad había sido enviado a dicha área, con el fin de dar a conocer las debilidades, fortalezas y opciones de mejora, encontrados durante el proceso de la auditoria, adicional a lo anterior el área auditada podrá ejercer el derecho a la contradicción si a eso hubiese lugar.

El funcionario encargado del área de SG-SS, refiere que tema de seguimiento de limpieza en las áreas ya se implementó y soporta dicha información con los lisados de cada área

Que hay otras observaciones como el tema de lámparas en varias áreas y la humedad en urgencias es un tema que le corresponde directamente al área de almacén, pero que el con el informe va a informar a dicha área las inconsistencias detectadas, con el fin de que se subsane.

Que es consiente de que hay debilidades dentro del proceso y que acepta los hallazgos que se dejen, ya que no tiene manera de soportar dichas debilidades.

Control Interno le informa que idea es que se subsanen dichos hallazgos y que poco a poco se tengan en cuenta las opciones de mejora.

El área del Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo acepta los hallazgos que se plasmaron en el informe y se socializo, y se compromete a mejorar en todas las falencias evidenciadas. Se dejan en firme dos (2) Hallazgos.

Fecha Próxima Reunión	N/A	Elaborada por	Ing. Angélica María Velásquez
-----------------------	-----	---------------	-------------------------------

22-10.01

Dagua – Valle, 27 Agosto de 2025

Profesional

JUAN DAVID FERNANDEZ CARDONA

Coordinador de SG-SST

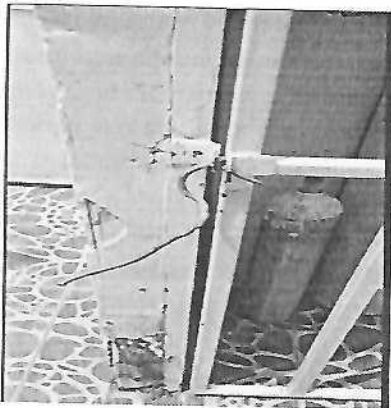
REF: INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA INTERNA AL AREA DE SG-SST

Por medio de la presente le informo que una vez realizada la socialización del informe preliminar de la Auditoría Interna al área de Seguridad y Salud en el Trabajo y habiendo ejercido el respectivo Derecho a la Contradicción, se pueden evidenciar las siguientes debilidades, lo cual genera que se dejen como hallazgos y opciones de mejora y se suscriba un Plan de Mejoramiento.

OBSERVACIONES QUE NO SE ENCUENTRAN DENTRO DE LA LISTA DE CHEQUEO:

Se evidencia en carpeta todos los soportes de las diferentes capacitaciones que le han brindado al personal de la entidad.

Nuevamente de evidencia que el área donde están ubicados los cilindros de oxígeno no tiene un candado en la reja para brindar seguridad, y las llaves deben permanecer una copia en el área de almacén y otra copia en el área de facturación de urgencias.



En los pasillos de almacén, hospitalización, laboratorio clínico, hay varias lámparas dañadas.

En el área de urgencias se logra evidenciar una humedad.

remitidos por el medico laboral, lo que puede ocasionar que no se puedan evidenciar mejorías en sus estados de salud y por el contrario se vayan deteriorando en sus estados de salud.

Se recomienda se tenga carpeta separada por cada funcionario que tiene restricción.

En el área se pudo revisar las siguientes carpetas: Visitas de la UES, Dosimetrías, Inducción al personal nuevo, Investigación accidentes laborales, Medicamentos vencidos entregados a GESAN, seguimiento a limpieza y desinfección de las áreas de hospitalización, urgencias, laboratorio clínico y Rayos "X".

Rendición de cuentas:

El área de SG-SST entrego a la gerencia informe sobre todo el proceso llevado a cabo durante la vigencia 2024.

Contratación:

En lo relacionado con la Evaluación y Selección de Proveedores y Contratistas en los referente al SG-SST, la Institución cuenta con un procedimiento donde tiene establecido los criterios que deben tener contratistas, proveedores de acuerdo a su actividad económica y lo que requiera para cumplir las especificaciones del SG-SST, pero en la entidad no se está teniendo en cuenta la aplicando dicho procedimiento por parte del área encargada, al momento de la contratación de actividades locativas.

Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos

Dentro de la Institución no se cuenta con un inventario donde se puedan identificar las sustancias catalogadas como carcinógenas o de toxicidad aguda.

En la Institución realizo las mediciones ambientales el 08 agosto/2025, el lavado de tanques el 13 agosto/2025 y el estudio de vertimientos el 08 julio/2025.

Gestión y Resultados del SG-SST:

Se evidencian auditorias por parte del área se SG-SST.

La alta dirección no ha realizado la revisión de resultados y alcance a las auditorias de SG-SST, porque penas para esta vigencia se están llevando a cabo las auditorias.

OPCIONES DE MEJORA:

- ✓ Se recomienda se tenga carpeta separada por cada funcionario que tiene restricción.
- ✓ El área donde están ubicados los cilindros de oxígeno no tiene un candado en la reja para brindar seguridad, se recomienda colocárselo y las llaves deben permanecer una copia en el área de almacén y otra copia en el área de facturación de urgencias.

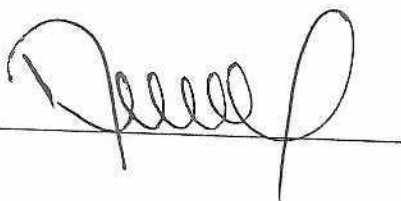
INFORME DEFINITIVO

NOMBRE DEL PROCESO: SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)		FECHA: 11 AGOSTO DE 2025	
LIDER DEL PROCESO/AUDITADO(S): Juan David Fernández Cardona		AUDITOR: Control Interno: Angelica María Velásquez	
ITEM	ASPECTO A EVALUAR	CUMPLE	COMENTARIOS GENERALES / EVIDENCIAS OBJETIVAS
		T P NC	

ASPECTOS GENERALES A EVALUAR			
1	Se cuenta con Agua Potable dentro de las instalaciones del hospital.	X	
2	Disposición de recolectores de basura en buen estado y según el tipo.	X	En la entidad se cuenta con cuatro (4) puntos de código de colores.
3	Clasificación adecuada de residuos sólidos, líquidos o gaseosos.	X	En la entidad se clasifican los residuos en aprovechables los cuales son manejados por la entidad (DAGUA LIMPIA) y los residuos biológicos que los maneja la empresa (ATICA).
4	Los trabajadores utilizan equipos de protección cuando manipulan los residuos.	X	
5	Los trabajadores conocen los peligros de los residuos	X	Los funcionarios han recibido capacitaciones en manipulación de residuos hospitalarios, clasificación de residuos y uso de elementos de protección personal entre los meses de abril y mayo/2025.
6	Se colocan letreros de avisos (señalización) en la maquinaria y equipos fuera de servicio por reparación y mantenimiento.	X	Siempre cuando un equipo y/o un área están en mantenimiento y/o reparación se coloca señalización.
7	Extintores: estado, cargados y fecha de vencimiento.	X	Todos los extintores amarillos están con fecha de vencimiento para el 2026 cuentan con un anillo amarillo. Los extintores rojos la recarga se realiza cada 5 año, pero cada año se le hace mantenimiento y cuentan con una aro gris y amarillo.

INSUMOS Y DOTACION					
19	Hay dotación en el servicio de: Lavamanos funcionales, Agua, Dispensadores con Jabón líquido, Antibacterial, Toallas desechables Papelería con bolsa.	X			
20	El evaluado retira de los brazos y manos (reloj, pulseras y anillos).		X		Algunas funcionarias del área asistencial no se retiran estos objetos durante la jornada laboral.
21	Presentación: orden, aseo, uñas (cortas y sin esmalte), cabello, aretes, asesorías.		X		Algunas funcionarias del área asistencial asisten con uñas largas y muy maquilladas y el cabello suelto.
MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS					
22	Antes del contacto de cada paciente.	X			
23	Antes de realizar un procedimiento limpio y aséptico.	X			
24	Después de haber estado en contacto con el paciente.	X			
25	Después de haber estado en contacto con el entorno del paciente.	X			
26	Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.	X			

Firma Auditor:



LISTADO DE ASISTENCIA



CODIGO: F-TH-01

FECHA: 27 AGOSTO DE 2025

LUGAR: OFICINA DE CONTROL INTERNO

DIRIGIDO POR: CONTROL INTERNO

OBJETIVO: SOCIALIZACION INFORME PRELIMINAR Y DERECHO A LA CONTRADICCION DE LA AUDITORIA INTERNA AL SG-SST

No	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Juan David Fernandez C.	1114728730	
2	Angelica Ma Velasquez	29401930	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

COMENTARIOS:

PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS



CODIGO: FM-GCA-

VIGENCIA: SEPT/2013

VERSION: 01

DEPENDENCIA: Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 29 Agosto de 2025

No. Hallazgo	DESCRIPCION	ACCIONES CORRECTIVAS	OBJETIVO	METAS	FECHA INICIAL	FECHA TERMINACION	PLAZO EN SEMANAS	RESPONSABLE	% AVANCE EJECUCION	OBSERVACIONES
1	No se evidencia seguimiento a los funcionarios que tienen restricciones y recomendaciones, que dejo el medico laboral, en los que tiene que ver con las citas con especialistas por medio de la EPS.				29/08/2025	29/10/2025	4 SEMANAS			
2	No se evidencia la realización de la batería psicosocial.				29/08/2025	29/10/2025	4 SEMANAS			
ELABORADO POR:					FECHA					PAG: NA
REVISADO POR:					FECHA					
APROBADO POR:					FECHA					

PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS



CODIGO: FM-GCA-

VIGENCIA: SEPT/2013

VERSION: 01

DEPENDENCIA: Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo

FECHA DE SUSCRIPCION: 29 Agosto de 2025

No. Hallazgo	DESCRIPCION	ACCIONES CORRECTIVAS	OBJETIVO	METAS	FECHA INICIAL	FECHA TERMINACION	PLAZO EN SEMANAS	RESPONSABLE	% AVANCE EJECUCION	OBSERVACIONES
1	No se evidencia seguimiento a los funcionarios que tienen restricciones y recomendaciones, que dejo el medico laboral, en los que tiene que ver con las citas con especialistas por medio de la EPS.	Se entrega oficio a los funcionarios con restricciones, donde se solicita los seguimientos medicos.	Seguimiento a condiciones de salud	90%	29/08/2025	29/10/2025	4 SEMANAS	Juan Fernandez David		
2	No se evidencia la realizacion de la batería psicosocial.	Se programa para el 09 de septiembre del 2025	Evaluar el entorno psicosocial de los funcionarios	90%	29/08/2025	29/10/2025	4 SEMANAS	Juan Fernandez David		

ELABORADO POR: Juan David Fernandez
REVISADO POR:
APROBADOR POR:

FECHA 08/09/2025
FECHA
FECHA

PAGINA



**E . S . E . HOSPITAL
JOSÉ RUFINO VIVAS**
Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!

NIT N° 890.305.496-9



SC-CER185565 CO-SC-CER185565

22-10.01

Dagua – Valle, 28 Mayo de 2025

Doctor

OSCAR RODRIGUEZ

Profesional Universitario

Coordinador de Talento Humano

REF: ENTREGA DE ACTA SOCIALIZACION Y DERECHO A LA CONTRADICCION, INFORME DEFINITIVO, PLAN DE MEJORAMIENTO DEL AREA DE TALENTO HUMANO

Como es de su conocimiento en días pasados se realizó la Auditoria Interna al proceso del Área de Talento Humano encontrándose debilidades, fortalezas y opciones de mejora en dicho proceso.

El plazo para la suscripción de este plan de mejoramiento es hasta el día martes 03 de Junio/2025

Una vez elaborado el plan de mejoramiento favor remitirlo a esta dependencia.

Cualquier aclaración al respecto con gusto será atendida.

Cordialmente,

HOSPITAL LOCAL
José Rufino Vivas E.S.E.
NIT. 890.305.496-9
CONTROL INTERNO
ANGELICA MARIA VELASQUEZ
Asesor de Control Interno

Karen...
Mayo 29/2025

—GARCIA



**E . S . E . HOSPITAL
JOSÉ RUFINO VIVAS**

Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!



SG-CER 185565



GO-SG-CER 185565

ACTA No.

06

Fecha	28-MAYO-2025	Hora	12:30 P.M. - 1:00 P.M	IPS	E.S.E. HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS
Lugar	OFICINA DE RECURSO HUMANO	Asunto	SOCIALIZACION DE INFORME PRELIMINAR DE LA AUDITORIA INTERNA Y DERECHO A LA CONTRADICCION DEL AREA DE TALENTO HUMANO		

Asistentes

Nombre	Cargo	Firma
Dr. Oscar Rodríguez Estrada	Coordinadora de Talento Humano	
Ing. Angélica María Velásquez	Asesor Control Interno	
Srta. Karen Andrea Álzate V.	Auxiliar Administrativa	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La Asesora de Control Interno procede a dar lectura del informe preliminar de la auditoria interna realizada al área de Talento Humano, informe que con anterioridad había sido enviado a dicha área, con el fin de dar a conocer las debilidades, fortalezas y las opciones de mejora encontrados durante el proceso de la auditoria, adicional a lo anterior el área auditada podrá ejercer el derecho a la contradicción.

La Ing. Angélica procede a leer el informe en el cual se discrimina uno a uno las inconsistencias encontradas en el área, a la cual el Coordinador el Talento Humano refiere que efectivamente existe falencias que se detectaron no se han realizado.

- Que, con el tema del seguimiento al pago de las incapacidades, ya se comenzó a trabajar, a realizar seguimiento en las plataformas.
- En lo que tiene que ver con la declaración de bienes y rentas de la vigencia 2023, el Dr. Oscar refiere que ya lo diligenciaron los funcionarios que faltaban.
- Que efectivamente el área no ha creado el instrumento para realizar el seguimiento a la interiorización y aplicación del Código de Integridad, con todos los funcionarios de la entidad.

Como hallazgos en firme quedan los siguientes tres (3):

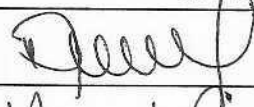
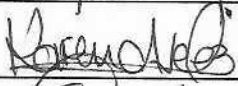
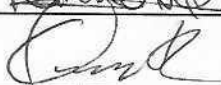
** No Se cuenta con un instrumento de medición con respecto a la interiorización y aplicación del Código de Integridad dentro de la entidad.

** No se evidencia que se lleve un seguimiento al plan de capacitaciones institucional.

** Seguimiento al diligenciamiento de la información en el SIGEP.

La Ing. Angélica procede a informar al área de Talento Humano que le queda en firme tres (3) hallazgos, con los cuales deben suscribir un plan de mejoramiento y este no debe ser mayor a dos (2) meses de su

FECHA: 28-may-25
LUGAR: OFICINA DE TALENTO HUMANO
DIRIGIDO POR: ANGELICA MARIA VELASQUEZ
OBJETIVO: SOCIALIZACION DEL INFORME PRELIMINAR DE LA AUDITORIA REALIZADA AL AREA DE TALENTO HUMANO Y EJERCER EL DERECHO A LA CONTRADICCION

No	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
1	Angelica Ma. Velasquez	control interno	
2	Karen Andrea Arzak V.	Talento Humano	
3	Osvaldo Rodriguez E	Talento Humano	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

COMENTARIOS:



**E . S . E . HOSPITAL
JOSÉ RUFINO VIVAS**

Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!

NIT N° 890.305.496-9

22-10.01

Dagua – Valle, 28 Mayo de 2025

Doctor

OSCAR RODRIGUEZ

Profesional Universitario

Coordinador de Talento Humano

REF: INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA INTERNA DEL AREA DE TALENTO HUMANO

Por medio de la presente le informo que una vez realizada la socialización del informe preliminar del área que usted lidera y haciendo ejercido el respectivo derecho a la contradicción, se pueden concluir lo siguiente:

- Se evidencia que para la vigencia 2025 se aprobaron los planes de provisiones de vacantes, el plan estratégico de talento humano, el plan de capacitaciones. Sobre el plan de capacitaciones no se evidencia un informe de seguimiento, por lo cual no se puede determinar si a la fecha se está cumpliendo lo plasmado en dicho plan.
- Se solicita la Resolución de la Comisión de Personal, la cual es aportada y tiene No. 20-38.01-210 del 22 Agosto/2024, este comité o está siendo operativo, como lo dice la resolución, el área de Talento Humano debe velar porque este comité sea funcional, ya que la Comisión de Personal está muy ligada a esta área.
- Se revisan las ultimas evaluaciones que se le realizaron al personal que se encuentra inscrito en Carrera Administrativa, las cuales se encuentran realizadas en las fechas definidas por la Comisión, se observaron los documentos de los funcionarios Huberth Montoya, Yolanda Zamorano, Yolanda Chávez y María Teresa Montero.
- Se procede a revisar las hojas de vida del personal de planta, con el fin de verificar si cuentan con la declaración de Bienes y Rentas y la Hoja de Vida que se saca directamente del SIGEP, logrando evidenciar que existen algunos funcionarios que no generan directamente desde el aplicativo, como lo son la Sra. Diana Milena Bedoya y la Sra. María Teresa Montero, adicional a esto la Sra. Angie Paola Chamorro se encuentra registrada en el SIGEP.
- Como resultado de la auditoria de la Contraloría, se logró que para la vigencia 2025 se lleve un control riguroso del pago de incapacidades que realizan las diferentes EPS al hospital, ya el área de talento humano ingresara a cada una de las plataformas de las EPS y verificara las radicaciones de incapacidades y el estado de los pagos, una vez teniendo toda la información será mucha más fácil conciliar con el área de contabilidad verificando los pagos que se han recibido, el líder del área refiere que el área contable manifestó que iban a dejar una de las cuentas bancarias que tiene la entidad y que esta inactiva para que las EPS consignaran en ella el pago de incapacidades, y así lograr más fácil la identificación de los pagos.

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL SALUD, VOCACIÓN E INTELIGENCIA EN SALUD		PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS									CODIGO: FM-GCA- VIGENCIA: SEPT/2013 VERSION: 01
DEPENDENCIA: Talento Humano											
FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 03 Junio de 2024											
No. Hallazgo	DESCRIPCION	ACCIONES CORRECTIVAS	OBJETIVO	METAS	FECHA INICIAL	FECHA TERMINACION	PLAZO EN SEMANAS	RESPONSABLE	% AVANCE EJECUCION	OBSERVACIONES	
1	No se cuenta con un instrumento de medición con respecto a la interiorización y aplicación del Código de Integridad dentro de la entidad.			100%	2025/06/03	2024/07/31	9	Talento Humano			
2	No se evidencia que se lleve un seguimiento al plan de capacitaciones institucional.			100%	2025/06/03	2024/07/31	9	Talento Humano			
3	Seguimiento al diligenciamiento de la información en el SIGEP.			100%	2025/06/03	2024/07/31	9	Talento Humano			
ELABORADO POR: OSCAR RODRIGUEZ ESTRADA					FECHA		PAGINA				
REVISADO POR:					FECHA						
APROBADOR POR:					FECHA						

ANEXO No. 2 AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO

(A) Área Responsable		Gerencia									
(B) Año de Realización de la Auditoría:		2020									
(C) Tipo de Auditoría o Acción de Control		ACTUACION DE FISCALIZACION DE SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO									
No. Hallazgo (D)	Descripción Hallazgo (E)	Causa (F)	Incidencia (G)	Acción de Mejora (H)	Actividades (I)	Meta (J)	Fecha de Inicio de la Acción de Mejora (K)	Fecha Finalización de la acción de Mejora (L)	Responsable (M)	% Avance Acción de Mejora (N)	Observaciones (O)
1	Debilidades Costos Contractuales El Hospital maneja el sistema de costos por medio de un programa en Excel debido a que no se ha implementado ni adoptado por acto administrativo un manual de costos tarifario de acuerdo a los estándares legales y comerciales que rigen para la Empresa Social del Estado ESE, como lo indica el artículo 179 de la ley 100 de 1993 norma que le otorgó facultades para adoptar modalidades de contratos y para racionalizar la demanda por servicios en salud por el derecho privado. Lo anterior porque no se definen con precisión las condiciones de costo y calidad para la contratación de servicios de salud y no se cuenta con políticas de mercados ni criterios económicos de negociación de tarifas y precios pudiendo afectar la toma de decisiones financieras de la entidad.	*Alta rotación de personal en el área de costos, lo cual ocasionado que no se puedan obtener avances significativos en su implementación.	Administrativo	Actualizar el módulo de costos el cual se encuentra en el sistema de información con que cuenta la institución y capacitar un funcionario para que le dé continuidad al proceso.	*Solicitar al proveedor del sistema de información que actualice el módulo de costos. * Asignar un funcionario para el manejo de costos. * Capacitar al personal encargado.	100%	2022-01-04	2022-06-03	Gerencia, Subgerencia Recurso Humano, Coord. Sistemas, Líder de Contabilidad	45%	Debido a la alta rotación de personal que se presenta en la entidad, en este proceso no se evidencia un avance significativo, por dicha razón la Gerencia tomó la decisión de asignar un funcionario de la planta de cargos (contador) para que sea quien se encargue de la implementación de los costos en la entidad. Dicho funcionario ya se colocó en contacto con el proveedor del Software R-FAST, donde le explicaron como debe realizar la parametrización de los centros de costos. Con esta asignación de funciones al funcionario de planta, se espera que para el próximo informe que se rinda existe un avance significativo en dicho proceso.
2	Se evidenció que la oficina de control interno del hospital José Rufino Vivas no contó con los instrumentos requeridos para realizar el seguimiento y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2025 como lo establece el Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012 que reglamenta los artículos 73 de la Ley 1474 de 2011. En el Artículo quinto establece que las "Oficinas de Control interno realizarán el seguimiento y la publicación en la página web de la entidad los resultados de la evaluación al plan anticorrupción..." por lo anterior la oficina no realizó actividades de control de las acciones de corrupción que se puedan presentar en los procesos de contratación ni pudo realizar el seguimiento contriviendo el Libro 4 Artículo 2 de la Ley 87 de 1993 de los cuatro componentes que determinan el plan como son primero componente metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo segundo componente estrategias y mecanismos tercer componente meta marco para mejorar la atención al ciudadano y cuarto componente rendición de cuentas situación ocasionada por la no elaboración del plan por parte de la alta dirección lo cual conlleva a que la oficina de control interno no evalúe las acciones que permitan mitigar los riesgos de corrupción y de atención al ciudadano de cual forma conlleva a que la comunidad que es atendida por el Hospital José Rufino Vivas E.S.E desconozca las acciones para mitigar los riesgos anteriormente mencionados.	La oficina de control interno no contó con los instrumentos requeridos para realizar el seguimiento y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el cual no ha sido adoptado en la entidad.	Administrativo	Una vez la entidad cuente con el instrumento debidamente adoptado, socializado y aprobado, se procederá a realizar el respectivo seguimiento y monitoreo, y posteriormente el informe será publicado en la página web de la institución en las fechas estipuladas por normatividad.	*Asignar responsables para la ejecución en los diferentes componentes. *se realizará el respectivo monitoreo y seguimiento, para posteriormente publicar el informe en la página web de la entidad.	100%	2022-01-04	2022-06-03	Gerente, Recurso Humano, Planeación, Coord. Calidad, Control Interno	100%	El área de Control Interno en el mes de Mayo/2022 procedió a publicar el primer seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, como lo pide la norma.

3 /	Se evidencia que el Hospital José Rufino Vivas E.S.E. no elaboró el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2015 como lo establece el artículo 73 de la ley 1474 de 2011 que determina "... cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará entre otras cosas el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad las medidas concretas para mitigar esos riesgos las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano...". por lo anterior la entidad no realizó actividades de prevención de los eventos de corrupción que se puedan presentar en los procesos de contratación al no contar con los cuatro componentes que determina el plan como son primer componente: metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo segundo componente: estrategia anti trámites tercer componente: mecanismo para mejorar la atención al ciudadano y cuarto componente: rendición de cuentas situación ocasionada por un deficiente seguimiento y autocontrol lo cual conlleva a que la entidad no cuente con estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de igual forma conlleva a que la comunidad que es atendida por el Hospital Rufino Vivas de Dagua E.S.E desconozca las estrategias anteriormente mencionada constituyéndose en una presunta falta disciplinaria al tenor del numeral 1 y del artículo 34 y numeral 1 del artículo 35 de la ley 734 de 2002.	La institución no ha aprobado, adoptado y socializado el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	Administrativo	La entidad para el primer semestre de la vigencia 2022, se compromete a aprobar, adoptar y socializar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	* La alta gerencia con su equipo de trabajo programaran reuniones con el fin de revisar y aplicar la normatividad vigente en la construcción y aprobación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	100%	2022-01-04	2022-06-03	Gerente, Subgerente, Planeación, Control Interno, Coord. Calidad, Coord. de SST, Recurso Humano, Asesor Jurídico, Coord. Médica, Coord. Urgencias y Hospitalización, Lider de Contabilidad, Coord. Cartera.	100%	La institución en el mes de enero/2022 publico en la pagina web de la entidad el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, a partir de esta publicación el area de Control Interno procedera a realizar los respectivos seguimientos, como lo pide la norma.
4 /	Se evidencia que el mapa de riesgos no se encuentra actualizado y que el proceso de contratación que es uno de los más importantes de la entidad no define con precisión que etapas de este están más susceptibles de riesgo dejando un vacío de control por parte de la oficina de control interno la que tienen el deber de realizarlo generando un riesgo a este procedimiento.	El mapa de riesgos institucional no estaba actualizado, y los riesgos que tenía definidos el área jurídica no se encontraban bien estructurados por la alta rotación de personal en esta área.	Administrativo	Actualizar el mapa de riesgos institucional del área jurídica de acuerdo a las recomendaciones emitidas por el ente de control	* El área de calidad se reunirá con cada dependencia y actualizara dicho mapa, con el fin de tenerlo actualizado.	100%	2022-01-04	2022-06-03	Asesor Jurídico, Coord. Calidad, Control Interno	100%	Para este periodo el área jurídica y de calidad realizaron la respectiva actualización de los riesgos dentro de mapa de riesgos institucional, con el fin de subsanar el hallazgo dejado por el ente de control, dicha actualización se realizó bajo los lineamientos de la guía técnica de administración del riesgo del DAFP, para que este sea un insumo de control interno, para realizar el respectivo seguimiento.
5 /	Se observa que la entidad como socia de la Cooperativa de Hospitales del Valle ha entregado aportes por valor de \$83 millones de pesos los cuales están registrados en la cuenta contable Aportes Cooperativos supuestamente esta entidad entro en liquidación y a la fecha se desconoce cuáles es la participación del Hospital dentro de dicha liquidación esta situación genera incertumbre sobre lo que el hospital pueda rescatar con respecto al dinero aportado.	La Cooperativa de Hospitales del Valle entro en liquidación por la cartera tan alta mayor a 360 días, de difícil cobro, por el apalancamiento de la red publica de hospitales del valle, esto conlleva a su liquidación.	Administrativo	Realizar las gestiones pertinentes ante la Cooperativa COD-OSVAL con el fin de obtener la documentación requerida por el ente de control.	* Realizar oficios a la La Cooperativa de Hospitales del Valle, para que nos informen sobre el proceso que se esta llevando a cabo.	100%	2022-01-04	2022-06-03	Lider de Contabilidad, Subgerencia	80%	Se cuenta con una carpeta donde se evidencia la documentación que COD-OSVAL envia en el 2019, y donde el hospital en 2020 envia derecho de petición donde certifiemos el valor que la entidad tenía en aportes como socia, posteriormente la empresa en liquidación envió un auto GVCC #003 Del 24 MARZO/2020 donde informa que por la emergencia sanitaria por EL COVID-19, se suspenden todas las actuaciones administrativas. En uno de los documentos que envia COD-OSVAL comunicamos a donde se define la prioridad para el pago de pasivos, donde los aportes de las asociadas están de últimos en el proceso liquidatorio. Para este periodo el Hospital envió derecho de petición, solicitando la liquidación aprobada de la cuenta, ya que COD-OSVAL, desde la vigencia 2020 no volvió a notificarnos de como iba el proceso de liquidación, hasta esto se realiza con el fin de saber en que etapa va el proceso liquidatorio.

6/	A partir de vigencia 2017 con la aplicación (N.º) y Res 414/2014 (N.º) SSP) cada entidad establece propias políticas contables entre ellas el apropiado tratamiento de cartera difícil cobro no obstante en el periodo evaluado la cartera evidencia crecimiento: a 31 diciembre/2017 revela que un 85.82% corresponden cartera superior 90 días \$3.0204 millones a cartera superior 360 días \$2.590 millones representa el 78.63% al mismo evidencia facturación pendiente x radicar en las vigencias 2018-2017 para la vigencia 2019 revela \$127.6 millones 2014 \$156.3 millones 2015 \$85.9 2016 \$1.68.3 y 2017 \$130.9 millones, glosa objeciones inicia para el periodo evaluado: \$887.4 millones y registro deterioro para el 2017 \$764.6 millones a considerarse según el análisis del comportamiento de la cartera y su nivel de morosidad que suponen cierto nivel de riesgo de moroso y por tanto se reconocen en contabilidad (Ver tabla 9). La administración la gestión de la cartera a un proceso sistemático de evaluación según el control de las cuentas x cobrar a fin de lograr que los pagos realicen de manera oportuna y efectiva que incluye entre aspectos el registro y clasificación de las cuentas x antigüedad y categorías como son: de vencida y cuentas difícil cobro que regularmente se maneja a plazos de 1-30 días 30-60 60-90 y más de 90 días, siendo difícil cobro las clasificadas de acuerdo a marcos normativos competentes para el sector que se atemperan a las respectivas políticas contables adoptadas. La situación presentada ocasiona deficiencias estructurales evidentes el sistema de salud que hacen inoperantes controles establecidos en gestión de cobro y mecanismos correctivos los diferentes actores (hospita, superintendencia, Ministerio DUS) conllevando a clasificar la cartera vencida y difícil cobro debiendo ser deteriorada de acuerdo con las NIF recursos que no podrán utilizar en prestación de servicio y afectan la sostenibilidad financiera y finanzas de hospita, generando a futuro pérdida de los mismos afectando prestación de servicio con oportunidad calidad.	Esta situación se presentó por que no se tiene la aprobación y socialización de las políticas contables, por parte de la junta directiva.	Administrativo	Revisar y actualizar las políticas de contables. Seguir dando cumplimiento con la circular 030 de la superintendencia nacional de salud. Aplicar estrategias de comunicación con las diferentes EAPB y fortalecer el procedimiento interno en la acción conjunta entre el departamento de contabilidad y cartera.	* Capacitación al personal del área de cartera para asumir nuevos retos frente al cobro de cartera y al seguimiento de la misma. * Realizar reunión con el comité de sostenimiento contable para revisar el borrador de políticas contables que se tiene, para poder pasar dicho documento a la junta directiva para su aprobación.	100%	2022-12-04	2022-06-03	Gerencia, Subgerencia, Líder de Contabilidad, Coord. Cartera, Asesor Jurídico, Coord. Calidad, Coord. de SST, Recurso Humano, Coord. Médico, Coord. Urgencias y Hospitalización.	65%	Para este periodo se presentó gran rotación de personal nuevamente en las áreas de contabilidad y cartera, por esa razón el trabajo que se había realizado y que estaba pendiente por terminar que era el tema de las políticas de cartera no se logró terminar. Los nuevos funcionarios encargados de las áreas de contabilidad y cartera están retomando nuevamente la revisión de las políticas contables, una vez terminen dicho trabajo, las entregaran a la Gerencia para su respectiva aprobación y adopción mediante un acto administrativo.
1/	Durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020, el Hospital Rufino Vivas del Municipio de Dagua, en la Rendición de Cuentas en línea (RCL) de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca presentó debilidades en el reporte de la información con respecto a la rendición de la contratación. Los artículos 13 y 24 de la Resolución Reglamentaria No. 008 del 20 de abril de 2016, emitida por Contraloría Departamental del Valle del Cauca, establece el contenido y forma de la rendición de la cuenta que deben rendir. Los sujetos de control para la vigencia auditada. La situación evidenciada se presentó por debilidades en los mecanismos de seguimiento y control que no permiten advertir los errores de manera oportuna en la rendición de la cuenta, generando incumplimiento de la información reportada, afectando la toma de decisiones y limitaron la suficiencia y calidad de la información reportada.	** Se presentó alta rotación de personal en el área jurídica, esto debido al cambio de administración.	Administrativo	** Con el nuevo funcionario del área jurídica se le realizó la respectiva inducción referente al reporte de los informes que se deben rendir en los aplicativos a los diferentes entes de control, esto con el fin de que no se vuelvan a presentar estas diferencias. ** Lograr que la información rendida en los aplicativos se realice en los tiempos establecidos por los entes de control.	** Trimestralmente se realizará un comparativo entre el aplicativo de SIA-OBSERVA y SECOP, con el fin de verificar que los datos coincidan.	100%	2021-12-30	2022-06-29	Asesor Jurídico, Control Interno	100%	Esta actividad ya se subsume con el área jurídica, mensualmente se hace seguimiento de la información que se está reportando a SIA OBSERVA y a SECOP, con el fin de corregir las inconsistencias presentadas de inmediato.

1	Déficit fiscal en la fuente recursos propios el hospital al cierre de la vigencia fiscal 2020, en la fuente de recursos propios constituyo cuentas por pagar y por \$459.649.419, la entidad no contaba con recursos en tesorería para el apalancamiento de estas obligaciones, generando déficit fiscal en esta fuente, evidenciando problemas de flujo de (Flujos de caja). Aplicando en forma deficiente los Artículos 5 y 6 del Decreto 115 de 1996, Reglamentario del Decreto 111 de 1996 (Estatuto orgánico de presupuesto) y el Artículo 345 de la Constitución Nacional. Situación ocasionada presuntamente por ausencia de mecanismos de seguimiento y control que no permiten advertir los errores de manera oportuna, generando incertidumbre frente a la información reportada y la situación financiera del ente auditado que puede afectar la toma de decisiones, generando riesgo financiero para el hospital, constituyéndose como una observación administrativa.	* En la proyección del presupuesto no se dejó aforados los rubros de funcionamiento y operación para poder dar cumplimiento a todos los compromisos. * Falta de pago por parte de las EAPB, el no recaudo afecta significativamente la proyección basada en la venta de servicios de salud. * Incremento en los gastos que no estaban contemplados en el presupuesto, por la emergencia sanitaria declarada por el presidente en Marzo 2020. * Disminución en la venta de servicios de salud por la pandemia Covid19.	Administrativo	* Realizar el presupuesto teniendo en cuenta lo establecido en el Decreto 115 de 1996 para dar cumplimiento al artículo 5 y 6. * Adelantar las gestiones para la recuperación de cartera de las EAPB	* Elaborar el presupuesto de acuerdo al Decreto 115 de 1996 y dar cumplimiento a los artículos. * Realizar meses de trabajo con las diferentes EAPB para lograr la recuperación de cartera.	100%	2021-10-22	2022-04-21	Subgerencia, Líder de Contabilidad, Coord. Cartera	100%	El hallazgo fue subsanado, se acataron las recomendaciones del ente de control, se bienen realizando meses de trabajo con las diferentes EAPB y el acompañamiento de la superalud y la secretaria departamental de salud, con el fin de que realicen pagos y/o abonos a los saldos que tienen con la entidad.
2	Control Fiscal Interno proceso cierre fiscal al evaluarse el control fiscal interno del hospital José Rufino Vivas, con respecto al proceso financiero, contable y presupuestal, respecto del procedimiento de cierre fiscal en la vigencia 2020, se determinó que es con deficiencias dada la calificación obtenida de 1.6 sobre la calidad y eficiencia del mismo; al no ejecutar sus funciones acorde con los sistemas de gestión aplicables, operativizados a través del Modelo Estándar del Control Interno - MECI, de acuerdo con los artículos 8º y 17º del Decreto 648 de 2017, que modifica los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, que permite un control interno con calidad, y confianza; situación ocasionada por debilidades en la gestión de la entidad, y de la oficina de control interno, para interiorizar el concepto de cada uno de los componentes del MECI (Ambiente de control, administración de riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo), afectando la confianza en el sistema de control e incertidumbre sobre la razonabilidad de los valores y los resultados del cierre fiscal y por ende la eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos y metas de la vigencia auditada en atención a la misión, constituyéndose como un hallazgo administrativo.	* No se cuenta con un procedimiento documentado sobre el cierre fiscal. * Desconocimiento de lineamientos de anteriores vigencias para la realización de auditorías al cierre fiscal. * Falta de una metodología para auditar el cierre fiscal. * En el mapa de riesgos institucional del proceso financiero no se evidencian riesgos relacionados con el cierre fiscal.	Administrativo	* Elaborar y socializar el procedimiento del cierre fiscal. * Realizar acompañamiento al proceso financiero para que se incluyan los riesgos relacionados con el cierre fiscal.	* Actualizar el mapa de riesgos institucional del área financiera para que se incluyan los riesgos referentes al cierre fiscal, acorde con la metodología impartida en el Departamento Administrativo de la Función Pública. * Realizar seguimiento trimestral al proceso financiero de las actividades que se generan en el cierre fiscal. * Programar auditoría interna al cierre fiscal en el tercer trimestre de cada vigencia.	100%	2021-10-22	2022-04-21	Subgerencia, Líder de Contabilidad, Coord. Calidad, Control Interno	100%	Se subsanó el hallazgo con la elaboración del procedimiento del cierre fiscal y la actualización del mapa de riesgos del área financiera, donde se discriminó los riesgos al cierre fiscal.

1	Al evaluarse el control fiscal interno al proceso de cierre fiscal del sistema financiero, contable y presupuestal del Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E. de Dagua se determinó Inefectivo, al obtener una calificación de 2.1 sobre la calidad y eficiencia del mismo, evidenciando a no realización de un plan de mejoramiento que apunte a la identificación y aplicación eficiente de los controles al proceso de cierre fiscal y desconocimiento e interiorización de los conceptos del sistema de control interno, componentes que operativizan el sistema. Aplicabilidad parcial a los preceptos de la Ley 87 de 1993, Artículo 19, Decreto 648 de 2017, Art. 8 y 17 que modifican el artículo 2.2.21.3.1 del Decreto 1083 de 2015. Deficiencias en la interiorización de conceptos de cada uno de los componentes del VECI (Ambiente de control, Administración del riesgo, Actividades de control, y actividades de monitoreo), incurriendo en observancias que afecten el resultado en el cierre fiscal y por ende la eficiencia y efectividad en el logro de objetivos y metas de la vigencia en atención a la misión.	Administrativo	No haber reportado en la plataforma de SIA-CONTRALORIA los avances del plan de mejoramiento que se había suscrito con la contraloría, esto se debió a que para el mes de enero/2022 la entidad no contaba con el funcionario de control interno, quien era el funcionario encargado de realizar esa labor de reporte.	**En el mes de julio/2022 a través de la plataforma de SIA-CONTRALORIA se realizó el respectivo envío de todos los avances a los planes de mejoramiento que se tenían suscrito con la contraloría, y que por desconocimiento de la entidad en su momento no se rindieron completos en Enero de 2022. ** Desde Control Interno se realizó apoyo y seguimiento continuo al cierre fiscal.	100%	2022-12-14	2023-06-13	Control Interno	100%	Desde el área de control interno se realizó el respectivo seguimiento al cierre contable y presupuestal, con el fin de que se diligenciaran todos los formatos exigidos por la plataforma de SIA-CONTRALORIA, se elaboró acta donde se realizó el seguimiento a cada uno de las plataformas donde se rinde información y se soportó con los respectivos anejos, los planes y avances de mejoramiento se están rindiendo en su totalidad y se cuenta con los respectivos soportes de manera física.	
2	El Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E. al cierre de la vigencia fiscal 2021, en la fuente de recursos propios constituyó cuentas por pagar por \$572.830.772, la entidad sólo contaba con recursos en tesorería de \$20.495.847 para el apalancamiento de estas obligaciones, generando déficit fiscal de \$502.334.926 en esta fuente, el cual fue reconocido mediante Resolución 20-38-01-001 del Enero 5 de 2022, evidenciando problemas de liquidez (flujos de caja). Aplicabilidad deficiente a los preceptos de los Artículos 5 y 6 del Decreto 115 de 1996, Reglamentario del Decreto 111 de 1996 (Estatuto orgánico de presupuesto). Situación ocasionada presuntamente por ausencia de mecanismos de seguimiento y control que no permiten advertir los errores de manera oportuna, incertidumbre frente a la situación financiera del ente auditorado que puede afectar la toma de decisiones, generando riesgo financiero para el Hospital.	Administrativo	* El Hospital se ha visto afectado significativamente por los dineros adeudados por parte de las EAPBS, por el no cumplimiento de la UPC la cual es la misma desde el año 2018, situación que se ha manifestado en las diferentes mesas de trabajo dando cumplimiento a la circular 030 de la Superintendencia Nacional de Salud realizadas con las EAPBS que cobujan recursos. * Otra de las causas es que las diferentes EAPBS eliminaron de los contratos la entrega y dispensación de medicamentos donde cada entidad luego con su operador logístico para realizar la entrega y dispensación de medicamentos, situación que disminuyó el valor de los contratos con las EAPBS del régimen subsidiado lo que afectó significativamente el presupuesto de ingresos del Hospital. * Otra de las razones que fundamenta esta causa ha sido el pago de obligaciones por demandas e actuaciones contra el Hospital por reparación directa y por restitución de derechos laborales de otras vigencias, lo que ha generado una liquidez para responder a esas acciones.	* Emitir medidas de eficiencia y austeridad del gasto, el cual nos permitirá disminuir el valor de gastos de la institución. * Insistir en las diferentes mesas de negociación con las EAPBS la actualización de tarifas de UPC para mejorar los ingresos del Hospital. * Conciliar con los demandantes para lograr una disminución en el pago de la obligación. * Capacitar al personal asistencial para evitar posibles demandas al Hospital.	* Realizar seguimiento constante de los gastos vs la necesidad del servicio. * Participar en todas las mesas de trabajo para lograr el incremento de las tarifas. * Sustener la alianza estratégica entre la Fundación Valle del Lili (Hospital Padrino) para promover las capacitaciones del personal asistencial.	100%	2022-12-14	2023-06-13	Subgerencia, Líder de Contabilidad, Coord. Cartera Coord. Médico Recurso Humano	100%	Para el cierre fiscal de la vigencia 2022, la entidad pasó con un SUPERAVIT, lo que significa que se tuvo una buena planificación. Se adelantaron gestiones en la recuperación de cartera, adicional a esto se realizaron mesas de conciliación con las EPS y con la SUPER-SALUD, de esta gestiones se cuenta con los respectivos soportes, y se continúa para esta vigencia 2023 con las mesas de conciliación, procurando que se llegue a un feliz término con las EPS que no se ha logrado conciliar. Para esta vigencia 2023 se continúa llevando una buena planificación en lo referente a lo que se compra y se paga, para que no se vuelvan a presentar situaciones de vigencias pasadas.
1	Evaluados los activos corrientes, no corrientes, pasivos corrientes, no corrientes, patrimonio y el estado de resultado de sus operaciones, ingresos y gastos, se determinó: En los activos no corrientes - grupo de propiedad planta y equipo por \$3.156.775.584,76, se comprobó que no cuentan con inventario físico actualizado de los bienes que lo conforman.	Administrativo	No se cuenta con un inventario de activos actualizado e incorporado al módulo de R-FASTB.	** Actualizar el módulo de inventarios en el Software de R-FASTB.	** Designar un funcionario que realice el comparativo del Excel contra el Módulo de Inventarios, y realizar los ajustes necesarios. ** Actualizar el Módulo de Activos Fijos. ** Aplicar el proceso de administración de activos (traslados, bajas, deterioro, ingresos, depuración). ** Realizar interfaz de Inventarios a contabilidad.	100%	2023-12-05	2024-06-04	Subgerencia, Almacén, Contabilidad, Sistemas	30%	Inicialmente se realizó el inventario físico de activos fijos por cada una de las áreas y se procedió a verificar en el módulo de activos fijos en el sistema de R-FASTB por cada una de las áreas, ya que en el transcurso de las vigencias se han realizado traslados y retiros entre las áreas, se debe hacer este proceso para que en el sistema quede la realidad de la entidad. Con la realización de este proceso se evidenció que en la bodega de activos no se encuentra debidamente organizados algunos activos no se encuentran con la placa

	Deficiencia en la aplicación de normas presupuestales para la aprobación del presupuesto.	Falta de conocimiento de la normatividad presupuestal y mecanismos de control al preparar, aprobar y liquidar el presupuesto de ingresos y gastos a ejecutar en la vigencia siguiente.	Administrativo	Elaborar el procedimiento para la elaboración del presupuesto de cada vigencia.	Se elaborará procedimiento y dentro de este se dejará plasmado el paso a paso desde donde inicia, hasta donde termina la presentación del presupuesto de cada vigencia, dentro de esta procedimiento se dejarán claros los tiempos y los documentos que se deben generar para que el proceso quede completo (presentación de acuerdo del presupuesto a la junta directiva, decreto de aprobación del COMFES, presentación de resolución de desagregación del presupuesto a la junta directiva).	100%	2024-12-04	2024-12-30	Gerencia, Subgerencia, Asesor Presupuestal	100%	Este hallazgo ya se subsanó a un 100% se creó: Procedimiento para Elaboración del Presupuesto de Cada Vigencia (PR-GA-33). Formato Solicitudes de Certificado de Disponibilidad presupuestal (F-GA-SDP-01).
2	Inobservancia en los requisitos en la presentación de la información en los formatos y plataforma S/A CONTRALORIA.	Falta de mecanismos de control en el cumplimiento de las responsabilidades en el reporte de la información.	Administrativo	La Gerencia designará un funcionario que se responsabilice de rendir la información correcta en los respectivos formatos definidos en la plataforma S/A CONTRALORIA.	El funcionario designado para tal actividad deberá revisar el plan de gestión 2024-2028 y en base a lo que se se proyecta para cada vigencia, diligenciará los formatos PA_CDVC, IND_CDVC y MATRIZART, con la información real y acorde a lo formulado.	100%	2024-12-04	2024-06-03	Gerencia, Asesor Financiero	100%	Este hallazgo ya se subsanó a un 100%, el funcionario que se designó rindió la información en el cierre fiscal teniendo en cuenta el plan de acción, los programas fuentes de los proyectos, los contratos, y los ejes definidos. Se cuenta con los formatos debidamente diligenciados.
TOTAL PORCENTAJE AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO											
VERSION 1.0											
M2P5-20											

FRANCISCO FONSECA AMARIS
Gerente



**HOSPITAL
JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.**

Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!
NIT N° 890.305.496-9



SC-CER185565 CO-SC-CER185565



20-10.01

Dagua – Valle, 18 Julio de 2025

Señores

CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA

Atn.: Dra. Ligia Stella Chaves Ortiz

Contralora Departamental del Valle del Cauca

E-mail: concatenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Santiago de Cali

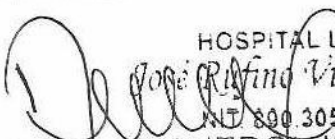
REF: DECLATORIA DE CONFORMIDAD AVANCE DE PLANES DE MEJORAMIENTO JULIO/2024 – JUNIO/2025

Cordial Saludo,

Dando cumplimiento a la Resolución Reglamentaria No. 002 del 15 de Enero de 2024, “por medio del cual se reglamentan los métodos, forma, términos y procedimientos para la presentación de los planes de mejoramiento y sus avance por parte de los sujetos de control de vigilancia de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca” y lo establecido en el artículo 8; y una vez revisada y analizada la causa que origina el hallazgo y de acuerdo con el sustento y criterio técnico expuesto por parte de los diferentes profesionales de las distintas dependencias de la entidad, manifiesto no tener objeción alguna sobre la pertinencia de las acciones de mejora propuestas en el plan de mejoramiento que se tiene suscrito con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca.

Se firma en el municipio de Dagua (Valle) a los dieciocho (18) días del mes de Julio del año dos mil veinticinco.

Atentamente,


HOSPITAL LOCAL
Jose Rufino Vivas E.S.E.
NIT 890.305.496-9
ANGELICA MARIA VELASQUEZ
CONTROL INTERNO
Asesor de Control Interno

CALLE 10 N°. 21 – 48 TELÉFONOS: 317 438 5436 - 316 529 9771 – 315 291 7203

E-mail: hospitaldagua@gmail.com - gerencia@hospitaldagua.gov.co

DAGUA - VALLE



**HOSPITAL
JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.**

Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!
NIT N° 890.305.496-9



SC-CER185565



CO-SC-CER185565

20-10.01

Dagua – Valle, 18 Julio de 2025

Señores

CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA

Atn.: Dra. Ligia Stella Chaves Ortiz

Contralora Departamental del Valle del Cauca

E-mail: concatenos@contraloriavalledelcauca.gov.co

Santiago de Cali

REF: CARTA DE CIERRE RENDICION DE LOS FORMATO AVANCES PLANES DE MEJORAMIENTO (202506)

Cordial Saludo,

Por medio de la presente yo **FRANCISCO FONSECA AMARIS**, identificado con la cedula de ciudadano No. 85.436.685, en mi condición de Representante Legal del Hospital Local José Rufino Vivas E.S.E., **CERTIFICO** que **EL HOSPITAL LOCAL JOSÉ RUFINO VIVAS E.S.E., REALIZO** la **RENDICION** en la Plataforma de SIA CONTRALORIAS de la información correspondiente a los Formatos **(202506)** y sus respectivos anexos requeridos.

Lo anterior, con el acompañamiento de la Asesora de Control Interno.

Se firma en el municipio de Dagua (Valle) a los dieciocho (18) días del mes de Julio del año dos mil veinticinco.

Atentamente,

FRANCISCO FONSECA AMARIS

Gerente

20-10.01

Dagua – Valle, 22 Julio de 2024

Doctor
FRANCISCO FONSECA AMARIS
Gerente

HOSPITAL LOCAL
Jose Rufino Vivas S.S.L.
NIT. 800 305 406-0
22 JUL. 2025
CACCI: 1744
HORA: 9:20 AM

REF: REPORTE DE HALLAZGOS PENDIENTES POR CUMPLIMIENTO CON LA CONTRALORIA DEPARTAMENTA DEL VALLE DEL CAUCA

Cordial Saludo,

Como es de su conocimiento el día viernes 18 Julio/2025 se rindió el informe de avances de planes de mejoramiento que se tiene suscritos con la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, a la fecha se tienen cuatro (4) hallazgos que no ha sido posible lograr el cierre de estos, a continuación, se detallan, con el fin de que se tenga claridad que compromisos adquirió la entidad en el momento de suscribirlos, se hace claridad que estos hallazgos se tienen desde vigencias anteriores.

HALLAZGO: Debilidades Costos Contractuales El Hospital maneja el sistema de costos por medio de un programa en Excel debido a que no se ha implementado ni adoptado por acto administrativo un manual de costos tarifario de acuerdo a los estándares legales y comerciales que rigen para la Empresa Social del Estado ESE., como lo indica el artículo 179 de la ley 100 de 1993 norma que le otorgó facultades para adoptar modalidades de contratos y para racionalizar la demanda por servicios en salud por el derecho privado. Lo anterior porque no se definen con precisión las condiciones de costo y calidad para la contratación de servicios de salud y no se cuenta con políticas de mercadeo ni criterios económicos de negociación de tarifas y precios pudiendo afectar la toma de decisiones financieras de la entidad.

ACCION CORRECTIVA: Actualizar el módulo de costos el cual se encuentra en el sistema de información con que cuenta la institución y capacitar un funcionario para que le dé continuidad al proceso.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES: Solicitar al proveedor del sistema de información que actualice el módulo de costos. Asignar un funcionario para el manejo de costos. Capacitar al personal encargado.

AVANCE: 45%

OBSERVACIONES: Debido a la alta rotación de personal que se presenta en la entidad, en este proceso no se evidencia un avance significativo, por dicha razón la Gerencia tomo la decisión de asignar un funcionario de la planta de cargos (contador) para que sea quien se encargue de la implementación de los costos en la entidad. Dicho funcionario ya se colocó en contacto con el proveedor del Software R-FAST, donde le explicaron como debe realizar la parametrización de los

centros de costos. Con esta asignación de funciones al funcionario de planta, se espera que para el próximo informe que se rinda existe un avance significativo en dicho proceso.

HALLAZGO: Se observa que la entidad como socia de la Cooperativa de Hospitales del Valle ha entregado aportes por valor de \$83 millones de pesos los cuales están registrados en la cuenta contable Aportes Cooperativos supuestamente esta entidad entro en liquidación y a la fecha se desconoce cuál es la participación del Hospital dentro de dicha liquidación esta situación genera incertidumbre sobre lo que el hospital pueda rescatar con respecto al dinero aportado.

ACCION CORRECTIVA: Realizar las gestiones pertinentes ante la Cooperativa COHOSVAL con el fin de obtener la documentación requerida por el ente de control.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES: Realizar oficios a la Cooperativa de Hospitales del Valle, para que nos informen sobre el proceso que se está llevando a cabo.

AVANCE: 80%

OBSERVACIONES: Se cuenta con una carpeta donde se evidencia la documentación que COHOSVAL envió en el 2019, y donde el hospital en 2020 envía derecho de petición donde certificamos el valor que la entidad tenía en aportes como socia, posteriormente la empresa en liquidación envió un auto GYCC #00D DEL 24 MARZO/2020 donde informa que por la emergencia sanitaria por EL COVID-19, se suspenden todas las actuaciones administrativas. En uno de los documentos que envió COHOSVAL son muy claros donde se define la prioridad para el pago de pasivos, donde los aportes de los asociados están de últimos en el proceso liquidatorio. Para este periodo el Hospital envió derecho de petición, solicitando la liquidación aprobada de la cuenta, ya que COHOSVAL desde la vigencia 2020 no volvió a notificarnos de cómo iba el proceso de liquidación, todo esto se realiza con el fin de saber en qué etapa va el proceso liquidatorio.

HALLAZGO: A partir de vigencia 2017 con la aplicación(NIIF) y Res 414/2014 (NICSP) cada entidad establece propias políticas contables entre ellas prescribir tratamiento de cartera difícil cobro no obstante en el periodo evaluado cartera evidencia crecimiento; a 31 diciembre/2017 revela que un 85.85% corresponde cartera superior 90 días \$3.0204 millones la cartera superior 360 días \$2.590 millones representa el 73.63% así mismo evidencia facturación pendiente x radicar en las vigencias 2013-2017 para la vigencia 2013 revela \$127.6 millones 2014 \$156.3 millones 2015 \$85.9 2016 \$168.3 y 2017 \$130.9 millones; glosa objeciones inicial para el periodo evaluado \$387.4 millones y registró deterioro para el 2017 \$764.6 millones al considerar según el análisis del comportamiento de la cartera y su nivel de morosidad que suponen cierto nivel de riesgo de impago y por tanto se reconocen en contabilidad (Ver tabla 9). La administración o gestión de cartera un proceso sistemático de evaluación seguimiento control de las cuentas x cobrar a fin de lograr que los pagos realicen de manera oportuna y efectiva que incluye entre aspectos el registro y clasificación de las cuentas x antigüedad y categorías como son: cte. vencida y cuentas difícil cobro que regularmente se maneja plazos de 1-30 días 30-60 60-90 y más de 90 días; siendo difícil cobro las clasificadas de acuerdo a marcos normativos competentes para el sector que se atemperan a sus respectivas políticas contables adoptadas. La situación presentada ocasionada deficiencias estructurales evidentes el sistema de salud que hacen inoperantes controles establecidos en gestión de cobro y mecanismos correctivos los diferentes actores(Hospital superintendencia Ministerio DLS) conllevando a clasificarla cartera vencida y difícil cobro

debiéndose deteriorarla de acuerdo con las NIF; recursos que no podrán utilizar en prestación servicio y afectan la sostenibilidad financiera y finanzas del hospital generando a futuro pérdida de los mismos afectando prestación servicio con oportunidad calidad.

ACCION CORRECTIVA: Revisar y actualizar las políticas de contables. Seguir dando cumplimiento con la circular 030 de la superintendencia nacional de salud. Aplicar estrategias de comunicación con las diferentes EAPB y fortalecer el procedimiento interno en la acción conjunta entre el departamento de contabilidad y cartera.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES: Capacitación al personal del área de cartera para asumir nuevos retos frente al cobro de cartera y al seguimiento de la misma. Realizar reunión con el comité de sostenimiento contable para revisar el borrador de políticas contables que se tiene, para poder pasar dicho documento a la junta directiva para su aprobación.

AVANCE: 65%

OBSERVACIONES: Para este periodo se presentó gran rotación de personal nuevamente en las áreas de contabilidad y cartera, por esa razón el trabajo que se había realizado y que estaba pendiente por terminar que era el tema de las políticas de cartera no se logró terminar. Los nuevos funcionarios encargados de las áreas de contabilidad y cartera están retomando nuevamente la revisión de las políticas contables, una vez terminen dicho trabajo, las entregaran a la Gerencia para su respectiva aprobación y adopción mediante un acto administrativo.

HALLAZGO: Evaluados los activos corrientes, no corrientes, pasivos corrientes, no corrientes, patrimonio y el estado de resultado de sus operaciones, ingresos y gastos, se determinó: En los activos no corrientes - grupo de propiedad planta y equipo por \$3.156.775.584.76, se comprobó que no cuentan con inventario físico actualizado de los bienes que lo conforman.

ACCION CORRECTIVA: Actualizar el módulo de Inventarios en el Software de R-FAST8

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES: Designar un funcionario que realice el comparativo del Excel contra el Módulo de Inventarios y realizar los ajustes necesarios. Actualizar el Módulo de Activos Fijos. Aplicar el proceso de administración de activos (traslados, bajas, deterioro, ingresos, depuración). Realizar interfaz de inventarios a contabilidad

AVANCE: 30%

OBSERVACIONES: Inicialmente se realizó el inventario físico de activos fijos por cada una de las áreas y se procedió a verificar en el módulo de activos fijos en el sistema de R-FAST por cada una de las áreas, ya que en el transcurso de las vigencias se han realizado traslados y retiros entre las áreas, se debe hacer este proceso para que en el sistema quede la realidad de la entidad. Con la realización de este proceso se evidencio que en la bodega de activos en desuso y fuera de servicio no se encuentra debidamente organizados algunos activos no se encuentran con la placa de activos fijos.

Esta información ha sido socializada en varias ocasiones en el Comité Coordinador de Control Interno y se notificó por escrito a las diferentes administraciones, pero hasta la fecha no se ha logrado avanzar en el cierre de estos.

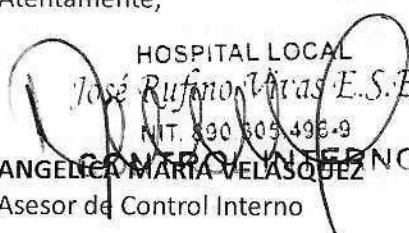
Le solicito a usted como la máxima autoridad de la entidad que se defina que personal se va a encargar de realizar el respectivo trabajo para lograr el cierre de cada uno de estos hallazgos, para

así mismo el área de control interno saber a quién se dirige a solicitar los soportes de avances que se tengan cuando se hace el seguimiento a los planes de mejoramiento con la Contraloría.

Es necesario que para el mes de Noviembre/2025, se cuente con avances significativos.

Quedo atenta a cualquier inquietud al respecto.

Atentamente,


HOSPITAL LOCAL
José Rufino Vivas E.S.E.
NIT. 890 605 498-9
CONTROL INTERNO
ANGELICA MARIA VELASQUEZ
Asesor de Control Interno