

CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA

IMPORTACION DE ARCHIVOS .CSV A FORMULARIOS

Fecha y hora de inicio del proceso 2026.07.18 10:51:41
Archivo de ingreso FORMATO_202606_PM_AVAN_V2.CSV
Entidad. HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.
DAGUA
Funcionario que rinde. [ESEJOSERV09] - FONSECA AMARIS
FRANCISCO
Expediente 2024
Código del Formulario PM_AVAN_V2
Vigencia de la rendición 2026-06
Anexos Encontrados / Requeridos 0 / 0
Descripción del Formulario AVANCES PLANES DE MEJORAMIENTO

Total de registros para incorporar . . . 13
Total de errores 0
Hora de finalización del proceso 10:51:41
Tiempo de proceso 00:00:00.0156237

**** F I N L O G

Definitivo

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 FISCALIZACIÓN 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 mercado 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 modulo de costos el cual se encuentra en el sistema de informacion con que cuenta la institucion y capacitar un funcionario para que le de continuidad al proceso.	*Solicitar al proveedor del sistema de informacion que actualice el modulo 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, Lider de Contabilidad	60%	Para este periodo se evidencia que el profesional de planta (contador) que designo la Gerencia para que asumiera liderar el área de costos, ha estado trabajando en el costeo de las áreas. Se ha estado en contacto directo con los diseñadores Software R-FAST, quienes han estado dando apoyo, se esta a la espera de que solucionen como se incluye al personal tercerizado en el costeo, ya que casi el 80% de del personal que labora en la entidad es tercerizado y esta ubicado en las diferentes áreas, y el sistema solo me está dejando costear el personal de planta como la mano de obra del centro de costos, por tal razón no se no hemos podido avanzar en muchas áreas, se cuenta con los soportes significativos de avance. Se espera que para el próximo informe que se rinda existe un avance se logre culminar con este proceso.
2	Se evidenció que la oficina del 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 2015 como lo establece El Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012 que reglamentó 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 pagina web de la entidad los resultados de la evaluación al plan anticorrupción..." por lo anterior la oficina no realizó actividades de control de los eventos de corrupción que se puedan presentar en los procesos de contratación al no poder realizar el seguimiento contraviniendo el Literal F Artículo 7 de la ley 87 de 1993 de los cuatro componentes que determina el plan como son primero componente metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo segunda componente estrategia anti transmites tercer componente mecanismo 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 evalúa las acciones que permitan mitigar los riesgos de corrupción y de atención al ciudadano de igual 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 conto 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 procedera a realizar el respectivo seguimiento y monitoreo, y posteriormente el informe sera publicado en la pagina web de la institucion en las fechas estipuladas por normatividad.	*Asignar responsables para la ejecución en los diferentes componentes. *se realizara el respectivo monitoreo y seguimiento, para posteriormente publicar el informe en la pagina web de la entidad.	100%	2022-01-04	2022-06-03	Gerente, Recurso Humano, Planeacion, Coord. Calidad, Control Interno	100%	El area de Control Interno en el mes de Mayo/2022 procedio a publicar el primer seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, como lo pide la norma.

3	Se evidenció que el Hospital José Rufino Vivas E.S.E. no elaboró el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2019 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 publicó en la página web de la entidad el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, a partir de esta publicación el área de Control Interno procederá 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 etapa 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 actualizará 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 del 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 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.	La Cooperativa de Hospitales del Valle entro en liquidación por la cartera tan alta mayor a 365 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 COHOSVAL con el fin de obtener la documentación requerida por el ente de control.	*Realizar oficios a 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 COHOSVAL envió en el 2019, y donde el hospital en 2020 envió derecho de petición donde certificamos el valor que la entidad tenía en aportes como socia, posteriormente la empresa en liquidación envió un auto GYCC 0000 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. El Hospital ha enviado 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. Para este periodo no se evidencia avances, gestiones, con respecto a este tema.

6	A partir de vigencia 2017 con la aplicación (NIR) 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 \$227.6 millones 2014 \$156.3 millones 2015 \$85.9 2016 \$168.3 y 2017 \$130.9 millones; para objeciones inicia para el periodo evaluado \$387.4 millones y registro deterioro para el 2017 \$764.8 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 5). La administración o gestión de la 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: de vencida y cuentas difícil cobro que regularmente se maneja plazos de 1-30 días 30-60-90 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 ocasiona deficiencias estructurales evidentes en el sistema de salud que hacen inoperantes controles establecidos en gestión de cobro y mecanismos correctivos los diferentes actores (Hospital superintendencia Ministerio DUS) conllevando a clasificarla cartera vencida y difícil cobro debiéndose deteriorarla de acuerdo con las NIR-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.	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	2023-06-03	Gerencia, Subgerencia, Líder de Contabilidad, Coord. Cartera, Asesor Jurídico, Coord. Calidad, Coord. de SST, Recurso Humano, Coord. Médico, Coord. Urgencias y Hospitalización.	100%	Los nuevos funcionarios encargados de las áreas de contabilidad y cartera para este periodo retomaron nuevamente la revisión de las políticas contables, permitiendo que a la fecha ya se cuente con las políticas de operación contable, políticas contables y revelaciones, conciliación y seguimiento financiero, también se realizó la respectiva socialización con todo el personal involucrado y con los líderes de procesos. Por medio del comité de institucional de gestión y desempeño se realizó la respectiva aprobación en el Acta No.1 con fecha del 20 de abril del 2026.
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 incertidumbre 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 subsana 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	Deficit 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 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 liquidez (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 mesas 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 mesas de trabajo con las diferentes EAPB y el acompañamiento de la supersalud y la secretaria departamental de salud, con el fin de que realicen pagos y/o abonos a los saldos que bienen con la entidad.
1	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 del 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 subsana el hallazgo con la elaboración del procedimiento del cierre fiscal y la actualización del mapa de riesgos del área financiera, donde se discrimino 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 Jose 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 la 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: Ley 87 de 1993, Artículo 1º. 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 MECI (Ambiente de control, Administración del riesgo, Actividades de control, y actividades de monitoreo). Incurrir en inobservancias que afecten el resultado en el cierre fiscal y por ende la eficiencia y eficacia en el logro de objetivos y metas de la vigencia en atención a la misión	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.	Administrativo	**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 realizara apoyo y seguimiento continuo al cierre fiscal.	** Se le solicitara al área financiera por medio de un formato los 5 últimos registros realizados en la vigencia 2022. **Se realizara acta de seguimiento 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 elaboro acta donde se realizó el seguimiento a cada uno de las plataformas donde se rinde información y se soporten con los respectivos anños, los planes y avances de mejoramiento se están rindiendo en su totalidad y se cuenta con los respectivos sopores de manera física.
2	El Hospital Local Jose Rufino Vivas E.S.E. al cierre de la vigencia fiscal 2021, en la fuente de recursos propios constituyó cuentas por pagar y por \$522.830.772, 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: 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 auditado que puede afectar la toma de decisiones, generando riesgo financiero para el Hospital.	* El Hospital se ha visto afectado significativamente por los dineros adeudados por parte de las EAPBS, por el no incremento 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 adeudan recursos. *Otra de las causas es que las diferentes EAPBS eliminan de los contratos la entrega y dispensación de medicamentos donde cada entidad llega con su operador logístico para realizar la entrega y dispensación de medicamentos, situación que disminuye el valor de los contratos con las EAPB del régimen subsidiado lo que afecta significativamente el presupuesto de ingresos del hospital. *Otra de las razones que fundamenta esta causa ha sido el pago de obligaciones por demandas ejecutoriadas contra el hospital por reparación directa y por restitución de derechos laborales de otras vigencias, lo que ha generado una liquidez para responder al pago de los demás.	Administrativo	* Emitir medidas de eficiencia y austeridad del gasto, el cual nos permitira 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. *Sostener la alianza estrategiac entre la Fundación Valle del Lili (Hospital Padrino) para promover las capacitaciones del personas 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 paso 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 SUPERSALUD, de esta gestiones se cuenta con los respectivos soportes, y se continua para esta vigencia 2023 con las mesas de conciliación, procurando que se llegue a un feliz termino con las EPS que no se ha logrado conciliar. Para esta vigencia 2023 se continua 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	No se cuenta con un inventario de activos actualizado e incorporado al modulo de R-FAST8	Administrativo	**Actualizar el modulo de Inventarios en el Software de R-FAST8	**Designar un funcionario que realice el comparativo del Excel contra el Modulo de Inventarios,y realizar los ajustes necesarios. **Actualizar el Modulo 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	50%	Para este periodo se evidencia que ya se tiene un inventario en físico de los puestos de salud y la sede principal del Hospital, en busca de generar un mayor avance para lograr cerrar dicho hallazgo la administración tomo la decisión de trabajar con un proveedor, el cual se ha encargado de adelantar el proceso de actualización del inventario y la parametrización del mismo en el Software R-FAST, adicional a esto la información se esta almacenando en la nube para una mayor seguridad. Para este periodo ya se cuenta con un funcionario de planta para dicha activcao.

1	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 elaborara procedimiento y dentro de este se dejara plasmado el paso a paso desde donde inicia, hasta donde termina la presentación del presupuesto de cada vigencia, dentro de esta procedimiento se dejan 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 COMFIS, 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 subsana a un 100% se crea: Procedimiento para Elaboración del Presupuesto de Cada Vigencia (PR-GA-33). Formato Solicitud 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 SIA CONTRALORIA.	Falta de mecanismos de control en el cumplimiento de las responsabilidades en el reporte de la información.	Administrativo	La Gerencia designara un funcionario que se responsabilice de rendir la información correcta en los respectivos formatos definidos en la plataforma SIA CONTRALORIA.	El funcionario designado para tal actividad debera revisar el plan de gestión 2024-2028 y en base a lo que se se proyecto para cada vigencia, diligenciara los formatos: PA_CDVC, INDI_CDVC y MATRIZART, con la información real y acorde a lo formulado.	100%	2024-12-04	2025-06-03	Gerencia, Asesor Financiero.	100%	Este hallazgo ya se subsana a un 100% , el funcionario que se designo 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											
M2P5-20							VERSION 1.0				

FRANCISCO FONSECA AMARIS
Gerente