

CONTROL INTERNO: SEGUIMIENTO EN LOS PLANES DE MEJORA EN LAS ENTIDAD XYZ DE SALUD.



Juan Carlos Torres Malaver  
Código: 2501149

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECÓNICAS  
DIRECCION DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACION EN CONTROL INTERNO  
BOGOTÁ D.C.  
2020**

## TABLA DE CONTENIDO

### Contenido

LISTA DE TABLAS .....	iii
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	iv
RESUMEN .....	v
PALABRAS CLAVES.....	v
ABSTRACT: .....	vi
KEYWORDS.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
PREGUNTA PROBLEMA .....	2
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
MARCO TEÓRICO .....	4
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	29

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 1: Objetivos generales y específicos ejemplo plan de mejoramiento. ....	16
Tabla 2: Identificación de hallazgos .....	17
Tabla 3: Avance de plan de mejoramiento .....	18
Tabla 4: Formato plan de mejoramiento .....	21
Tabla 5: Plan de mejoramiento hospital H.....	24
Tabla 6: Hallazgo de vehículos que no prestan servicio.....	26

**LISTA DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1: Explicación de pasos de investigación aplicada para seguimientos en los planes de mejoramiento de la entidad de salud.....	19
---	----

## RESUMEN

La importancia de control interno en una entidad de Salud es primordial, pues la alta gerencia se apoya en los procesos de mejora evidenciados en las auditorías internas y externas; Siendo esta dependencia la encargada de aplicar y buscar las estrategias necesarias para permitir prestar un servicio eficiente, eficaz y óptimo para el paciente.

Sabiendo esto surge la necesidad de indagar acerca del seguimiento que realiza el control interno y la administración de la entidad de salud frente a los planes de mejoramiento, pero específicamente a aquellos hallazgos que son repetitivos en cada una de las programaciones anuales de auditorías.

Por esta razón se toman como exploración dos hallazgos del Hospital H, los cuales llevan propuestos anualmente y sin concretar ninguna solución óptima para la entidad. Este proceso lleva aproximadamente el primero de 22 años y el segundo hallazgo de 10 años.

Al revisar la información emitida por la entidad de salud, y buscando información reportada, no existe ningún documento justificando por que ha existido durante tanto tiempo estos hallazgos y aun no se concreta ninguna solución para el hospital H.

Por tal razón se recomienda que el control interno, realmente verifique cada una de las actividades propuestas dentro del plan de mejoramiento anual, posterior a esto si no logra la eficiencia en este hallazgo busque la estrategia necesaria para lograrlo; es vital que el hospital logre la eficiencia total en su plan de mejoramiento.

**PALABRAS CLAVES:** Control interno, planes de mejoramiento, salud, hospital, seguimiento, hallazgos, información.

**ABSTRACT:**

The importance of internal control in a Health entity is paramount, since senior management relies on the improvement processes evidenced in internal and external audits; This department is in charge of applying and searching for the necessary strategies to provide an efficient, effective and optimal service for the patient.

Knowing this, the need arises to inquire about the follow-up carried out by the internal control and the administration of the health entity regarding the improvement plans, but specifically those findings that are repetitive in each of the annual audit schedules.

For this reason, two findings from Hospital H are taken as exploration, which have been proposed annually and without specifying any optimal solution for the entity. This process takes approximately the first 22 years and the second discovery 10 years.

When reviewing the information issued by the health entity, and looking for reported information, there is no document justifying why these findings have existed for so long and no solution has yet been specified for Hospital H.

For this reason, it is recommended that internal control really verify each of the activities proposed within the annual improvement plan. After this, if it does not achieve efficiency in this finding, seek the necessary strategy to achieve it; it is vital that the hospital achieve full efficiency in its improvement plan.

**KEYWORDS:** Control interno, planes de mejoramiento, salud, hospital, seguimiento, hallazgos, información.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación revisa la importancia de realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento, ya que en muchas de las entidades de salud se encuentran en las planeaciones anuales hallazgos repetitivos. Esto se debe que no se completan las actividades propuestas como meta de trabajo durante el año de auditorías por parte de control interno.

En esta exploración se toma como referencia al hospital H, el cual durante varios planes de mejoramiento presenta los mismos hallazgos, bajo los mismos inconvenientes y a la fecha del año 2019 no se han podido solucionar. Luego se estudia como referencia dos hallazgos específicos para la revisión de su repetición anual en los planes.

De otra forma es importante verificar que está sucediendo con cada uno de los hallazgos, ya que con la experiencia de prestador del servicio de salud durante los últimos 30 años se evidencian situaciones que no llegan a una solución óptima para la entidad de salud.

La importancia del trabajo por parte de control interno y de la alta gerencia es primordial, son hallazgos que están perjudicando el funcionamiento eficiente y eficaz para lograr un óptimo servicio salud para los usuarios supliendo las necesidades evidenciadas en cada uno de los años de labores y estudio de los reportes de las auditorias.

Los planes de mejoramiento son un soporte para la gerencia de la entidad de salud, ya que dadas las acciones de mejora es importante aplicar las estrategias necesarias para encontrar un sistema de alta calidad; las auditorías internas y externas de cada una de las dependencias permiten que las acciones aumenten la eficiencia, eficacia y calidad ante la situación que se requiera según la prestación del servicio de salud a verificación en el seguimiento.

Por esta razón la importancia para que control interno realice un seguimiento constante aquellos hallazgos evidenciados durante muchos años, además que muchas veces los funcionarios encargados solo se dedican a las auditorias anuales programadas; de esta forma se deja de lado aquellas actividades que requieren solución inmediata debido a la cantidad de años que lleva represado.

### **PREGUNTA PROBLEMA**

Para poder resolver la inquietud acerca del seguimiento a los planes de mejoramiento es importante revisar las estrategias y directrices emitidas por el ministerio de Salud y protección, también verificar donde se encuentran falencias por lo cual en las planeaciones anuales de las entidades de salud se muestran hallazgos repetidos.

Ahora teniendo en cuenta la pregunta de investigación planteada, la cual se enfoca en ¿Cuál es el papel de control interno en el seguimiento de planes de mejora en las entidades de salud?; para esto se toma como soporte el plan nacional de mejoramiento de calidad estipulado por el ministerio de salud, las diferentes leyes que soportan los procesos a realizar por parte de control interno.

**OBJETIVO GENERAL**

Evaluar los avances del plan de mejoramiento en las entidades de salud, en el hospital H.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Verificar las actividades propuestas como acciones de mejora, y la ejecución de las mismas.

Exponer recomendaciones observadas al ejecutar el plan de mejoramiento en la entidad de salud.

## MARCO TEÓRICO

Los sistemas denominados como control interno en Colombia toman importancia por la necesidad de mejorar y ser más eficientes en la búsqueda de manejo de recursos, economía y material necesario para prestar un mejor servicio desde cualquier entidad de salud que funcione en el país; este método involucra las falencias y las estrategias necesarias para buscar alternativas y un mejor sostenimiento a futuro del hospital.

Las entidades de salud tanto públicas como privadas han tenido bastantes problemas, estos reflejados en la falta de seguimiento a sus planes de mejoramiento, se asume que una vez estructurado el plan, control interno no realiza el acompañamiento necesario. Por otra parte, la empresa privada logro dar el primer paso implementando un sistema de control interno y de gestión; este sistema es una gran herramienta de orden administrativo.

Se puede decir que control interno según (de Salud Pública, 1999, p. 233) es un sistema integrado que está conformado por la organización, principios, normas, procedimientos, mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad; con el propósito fundamental de servir como una herramienta gerencial para el control de la gestión pública. Su fin es generar una cultura de autocontrol y compromiso de la alta dirección, para su implementación, de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección en atención a las metas y objetivos previstos.

De la misma forma el (*Modelo Estándar de Control Interno (MECI)*, 2014), establecido para las entidades públicas del control interno como el conjunto de actividades que se desarrollan e interrelacionan todos los funcionarios de la entidad de salud; teniendo así responsables del control y autocontrol de todas sus actividades propuestas en las acciones de mejoras para buscar un óptimo funcionamiento.

Se debe tener en cuenta que la (Constitución Política de Colombia, 1991) considera lo siguiente:

*Artículo 209 establece “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.” y “Artículo 269 En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas. y desarrollado por la Ley 87 de 1993, Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado”.*

El ejercicio de control interno es obligatorio para las entidades públicas, se debe consultar los principios de igualdad, honradez, eficiencia, economía los cuales buscan obtener los mejores resultados al menor costo y con la mayor economía; esto en el menor tiempo posible y de buena calidad. En consecuencia, deberá pensar y organizarse que su ejercicio sea específico al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan la responsabilidad de verificar estos procesos.

Por eso se ha demostrado que aquellos gerentes de entidades de salud que han implementado este sistema de control interno en sus hospitales han obtenido una gran gestión administrativa, con unos resultados óptimos por su eficiencia, eficacia y economía; apoyados por los objetivos, elementos y características del sistema en forma integral; además de realizar

constantemente seguimiento a sus planes de mejora en todos los aspectos anteriormente mencionados en (Departamento de administración pública, 2015).

La labor se inicia utilizando la planeación y sus etapas así; definen en forma proyectada su misión, visión, objetivos, estrategias, políticas, programas, presupuestos, procedimientos, metas y demás elementos que integran la teoría de la calidad total; para así continuar con el proceso administrativo, en una dirección o ejecución que cumplan su gestión conforme lo proyectado, para posteriormente efectuar el control o evaluación.

Ahora se debe aclarar conceptualmente que este tipo de control es diferente al control correctivo, el cual se verifica mediante esquemas de orden sancionatorio o investigativo que se ha venido utilizando en muchas entidades del estado. Por lo tanto, es necesario que las entidades de salud diseñen sus planes de mejora, realicen el seguimiento correspondiente para obtener así una calidad en la prestación de los servicios fundamentales, donde la parte administrativa se involucre y verifique cada uno de los pasos sugeridos para el cumplimiento del objetivo de mejora en las estrategias de mejoramiento (Posadas, 2019).

Por consiguiente, es primordial que todas las entidades de salud en el sector público diseñen e implementen sus actividades de seguimiento y por parte de la oficina de control interno garanticen el adecuado cumplimiento de su misión institucional y así evaluar, verificar el objetivo relacionando la parte humana como financiera, donde los servicios que se presten a los usuarios sean eficientes, eficaces, económicos y efectivos, en todos los campos que se presten.

Es importante razonar que control interno y la dirección lideren en conjunto, pues su función es de controlador, también de asesor ya que todo el procedimiento involucra a varios

elementos para lograr así los objetivos en forma integral. No hay que confundir el sistema de control interno con una dependencia, una oficina o un manual.

Todo sistema involucra a varios elementos que se requieren y trabajan en equipo para lograr objetivos de forma integral, el cumplimiento legal y la búsqueda de estrategias de solución frente a cada una de las situaciones identificadas como objetivo, por esto el realizar inspecciones de cumplimiento es necesario considerar:

Según un estudio (de Salud Pública, 1999, p. 232) las funciones claras frente a las expectativas fundamentadas, además de contar con las técnicas adecuadas brindadas desde la administración, también es importante revisar los manuales de procedimientos de cada una de las dependencias y verificar mediante evaluaciones constantes los resultados o falencias del objetivo propuesto. En las acciones de mejora es importante la actualización y la búsqueda de las mejoras a las distintas unidades con las que cuenta la entidad de salud y así poder buscar una estrategia, donde los usuarios puedan solicitar los diferentes servicios brindados por la entidad de salud.

Ahora poder contar con un grupo de talento humano idóneo donde se cumplan los reglamentos establecidos por la entidad, teniendo en cuenta los salarios, beneficios, incentivos para apoyar así a los trabajadores. Lograr organizar y determinar el sistema de control interno, que pueda cumplir las asesorías necesarias para la gestión de la empresa y así cumplir con los requerimientos necesarios del plan de mejoramiento.

Otro tema que genera incertidumbre son las condiciones y reglas que debería cumplir control interno en los planes de mejora de cualquier entidad de salud pública o privada; es importante tener presente las funciones de control interno tales como planear reevaluaciones, revisar hallazgos, organizar evidencias donde tener presente las falencias sirve para ordenar y presentar resultados.

Los planes de acción pueden realizarse por parte de la Oficina de Control Interno y su objetivo primordial es mejorar los procesos en la entidad de salud, ayudando así las direcciones brindadas desde la administración de la misma. Estas actividades deben desarrollarse de manera que sean en conjunto con la coordinación y desde la alta gerencia teniendo presente a los líderes de cada una de las dependencias responsables de estos procedimientos (Función Pública, 2014).

Estos resultados se convierten en los soportes necesarios para que control interno realice un seguimiento frecuente según las contemplaciones dadas desde la alta gerencia y las programaciones según calendario de la entidad. Las estructuraciones propuestas en los procesos que requieren una revisión detallada para verificar los grados de avance en los planes, proyectos o planes aplicados en la entidad de salud.

El sistema obligatorio de atención de Salud realiza auditorías a la calidad de la atención de salud, teniendo en cuenta que el mejoramiento continuo de la calidad (MCC) utiliza el concepto de evaluación estableciendo los protocolos de seguimiento que sirven para la inspección y deja una opción de establecer otro tipo de estrategias para verificar el plan aplicado en la entidad de salud.

Los propósitos revisados deben ordenarse según los procesos de autocontrol, dadas las condiciones analizadas en el plan de mejoramiento para permitir que la prestación del servicio sea de calidad, estableciendo como prioridad el paciente y sus necesidades. Así mismo el fortaleciendo del trabajo con el paciente es vital desde las condiciones que presenta su estado de ánimo, compromiso y disciplina en el pensamiento orientado a procesos que involucran algún servicio para el usuario; dado de esta forma la ejecución de las actividades contempladas en las estrategias planteadas en el (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, 2007).

Estos procesos son vigilados por los auditores internos, quienes ejercen el trabajo de asesor, coordinador y orientador en de los procedimientos dirigidos por la administración de la entidad prestadora de salud, es importante dejar en claro las funciones y alcance que tendrá la persona encargada de revisar los objetivos propuestos con la debida independencia y acompañamiento en cada una de las actividades para verificar.

De esta forma los miembros que son comprometidos del control interno cumplen de manera integral como personas responsables, para dar la autonomía suficiente e integral que requiere el asesor que realiza la auditoria, ya que realiza la intervención en la verificación de las diferentes áreas de objetivos en la estructuración del plan de mejoramiento a realizar seguimiento en la propuesta del calendario, como así lo estipula la (*Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Subsistema de control interno*, 2014).

Los seguimientos que realiza la oficina de control interno a los planes de mejoramiento están dados según los mecanismos que se requieran dadas las necesidades identificadas en la entidad; estos seguimientos se pueden realizar durante las fechas establecidas de la programación anual planteada por la entidad de salud. Dejando claro la importancia del trabajo colectivo entre la administración y control interno dado en la (*Función Pública*, 2004).

Ahora control interno dependiendo de los resultados obtenidos durante el seguimiento realizado, puede mostrar alerta en distintos incumplimientos, equipos que requieren mantenimientos o cambio, retrasos en usos del servicio que requiere el usuario, aplicaciones de procedimientos o actividades que no están en óptimas condiciones. Esto tiene la finalidad de que la administración tome las decisiones indicadas para buscar una estrategia y solución a todas las acciones que requieren ser prioridad para que la entidad de salud preste un mejor servicio al paciente.

El informe de evaluación establecido por el concejo asesor del gobierno en materia de control interno, es importante retomar lo establecido donde indican que la directriz para entrega de esos informes es de orden jerárquico (comité de coordinación de control interno), haciendo énfasis en el cumplimiento de los funcionarios líderes y de los grupos de apoyo según corresponda cada una de las dependencias de la entidad de salud.

De la misma forma la alta gerencia de las entidades prestadoras de salud es primordial el manejo de la economía y el cumplimiento de las metas propuestas en el presupuesto anual; pues el cuidado de sus recursos y esfuerzos económicos son de vital importancia, ya que cuando se ejecutan los planes de mejoramiento se requiere de contar con los suficientes recursos para cubrir los gastos de imprevisto o de importancia para buscar acciones de mejora según las indicaciones de control interno (Función Pública, 2004).

Control interno maneja cinco fases que permiten realizar el proceso de auditoría de revisión de los procedimientos o herramientas objetivo de análisis, estas fases son: programación general de auditorías, estas se organizan en el calendario anual de tal forma que el grupo responsable de cada una de las dependencias estén enterados de las posibles revisiones y conozcan las fechas aproximadas.

La segunda fase es la planeación de la auditoría la cual consiste en revisar las estrategias de evaluación y verificación en cada una de las dependencias objetivo de análisis, la tercera fase es la ejecución de la auditoría la cual se remite a la observación, revisión y registrar la evidencia manejada en cada una de las áreas tomadas como intervención para identificar las falencias y generar así posibles reportes que permitirán buscar mejoras.

La cuarta fase es la comunicación de resultados de la auditoría, teniendo en cuenta que primero se realiza la jerarquía correspondiente para el análisis de los resultados (grupo encargado de control interno), permitiendo así generar observaciones de acciones de cumplimiento, retraso, demora en procesos e ineficiencia del servicio solicitado por el paciente.

La quinta fase denominada seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento, estipulados por el control interno con alianza de la administración de la entidad de salud; los cuales son determinados para aplicar por cada una de las dependencias que prestan el servicio, en esta fase es donde se encuentra mayor inconveniente en las entidades públicas, ya que una vez realizado el plan de mejoramiento no se evidencia un seguimiento constante.

Dada esta situación y el inconveniente del seguimiento constante en ocasiones los recursos no son usados según el plan de mejoramiento, hasta el punto que muchas falencias e ineficiencias son repetitivas en los planes de mejoramiento. Por este motivo es primordial que control interno cumpla la fase 5 establecida por las funciones públicas orientadas por el gobierno en la (*Guía de auditorías para entidades Públicas*, 2013).

El plan de mejoramiento establecido por procesos contiene estructuras de mejoramiento identificadas en los resultados emitidos por control interno. Esto se elabora por el auditor interno, donde las acciones de mejora poseen fechas establecidas y revisión de su eficiencia en cada una de las dependencias objetivos de eficacia y mejora.

El auditor interno, debe realizar un seguimiento de evaluación de las acciones y las recomendaciones emitidas en el reporte de resultados, para así identificar que los planes de mejora al ejecutarlos permitan un óptimo servicio en la entidad de salud. En caso de no cumplir

las expectativas, el personal encargado deberá hacer saber por qué las acciones de mejora no ayudaron a cumplir la evaluación realizada.

La entidad de salud debe garantizar a control interno sostenibilidad, la cual establece garantizar el conocimiento en tres etapas importantes donde deben participar cada uno de los miembros de la auditoría. La primera acción que se estipula es la capacitación, siendo este grupo de personas las responsables de ser el apoyo necesario para desarrollar y monitorear la entidad frente a las ejecuciones de control interno.

La segunda gestión es la comunicación directa y fluida, la cual permite una relación constante entre el grupo de trabajo y todas las dependencias objetivo de auditoría, es importante que cada uno de los miembros responsables de control interno realicen reuniones periódicas para mostrar los avances e identificar así las inconsistencias en el desarrollo del trabajo.

La tercera y última etapa es la gestión de cambio hacia el autocontrol, la cual estima que se manifieste autocontrol en sus actividades, impulsando que sea una forma de pensar y actuar de los funcionarios dependiendo las metas por cumplir y las revisiones de trabajo de cada uno de los cargos estructurados por la entidad de salud, teniendo importancia de la evaluación en los aspectos anteriormente mencionados.

Todas estas etapas buscan que los funcionarios que prestan servicio en el hospital, se motiven a manejar los procesos, procedimientos o actividades de las cuales son responsables teniendo un control óptimo para que así de esta forma identifiquen las falencias, siendo esta la manera que proponga de forma personal acciones de mejora para prestar un servicio eficaz y su trabajo sea eficiente.

También es importante destacar que cada una de las acciones propuestas por control interno y argumentando cada una de las fases de los procesos de auditoría; donde se identifica un índice alto de dificultad, son las acciones de seguimiento al plan de mejoramiento estipulado como los resultados emitidos por control interno quienes deben garantizar un proceso óptimo según el estudio de (Función Pública, 2004).

Las actividades manifestadas como planes de mejoramiento, insisten en asesorías, acompañamiento, atención por equipo o dependencia con el fin de cumplir las estrategias adoptadas y estimadas dentro del mismo procedimiento; asimismo es importante destacar el apoyo constante de la alta gerencia y la relación con el comité de control interno para adoptar cada una de las fases de los procesos de auditorías.

De esta forma en esta investigación se tomará en cuenta el plan de mejoramiento del hospital H; para revisar y evaluar que está sucediendo con el seguimiento a cada una de las estrategias estimadas dentro del plan. Luego como sucede en muchas entidades de salud, las propuestas de mejoramiento son repetitivas, es decir no se aplican las acciones de mejora emitidas por control interno para poder contar con una eficiencia mayor en el servicio (*Plan de mejoramiento*, 2020).

Dada esta situación es importante abordar que sucede y que acciones emite control interno para evaluar, verificar y realizar seguimiento constante a la fase cinco establecida por los procesos de auditoría.

El sistema de salud en Colombia está direccionado por el Ministerio de Salud y Protección Social, entidad encargada de hacer cumplir los servicios del sistema obligatorio de Garantía de Calidad, las cuales también verifica las funciones de la coordinación de control

interno, entre otros; la prioridad en el plan nacional es la mejora constante de cada uno de los integrantes del uso del sistema general de seguridad social en salud dados en el (*Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)*, 2016).

Para las estrategias adoptadas y la orientación a las entidades de salud se encarga el Ministerio de Salud y protección social, el cual apoya en las directrices de los planes de mejoramiento establecidos en los hallazgos identificados mediante las auditorias anuales, de esta forma los reportes en cada una de las entidades prestadoras de salud.

Los hallazgos que se reportan tiene en cuenta aspectos tales como, revisión del contexto en el que se encuentra la entidad de salud; pues las condiciones son completamente diferentes en cada uno de los lugares del país. También se tiene en cuenta el trabajo de campo donde se evidencia las gestiones y las aplicaciones de mejora estipuladas en las auditorias verificadas en cada una de las dependencias que cumplen las condiciones propuestas en el plan operativo anual.

Luego de la revisión del trabajo de campo, se avanza con la evaluación para la revisión de las acciones aplicadas como estructura de mejora. Lo cual estima cuatro índices a destacar, entre ellos el reconocimiento de la situación de la salud, el monitoreo de la calidad de la gestión de las EPS, los resultados de los indicadores de calidad de la prestación de los servicios y por último los resultados de mediciones que intervienen el concepto del usuario. Estos hallazgos permiten evidenciar los aciertos y las falencias en el (*Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)*, 2016).

La (*Ley 87 de 1993 / Secretaría Distrital del Hábitat*, 1993), la cual rige sobre las normas, para el uso de la oficina de control interno en las entidades del estado y tiene en cuenta disposiciones necesarias según la administración del organismo de control. Lo primordial es el

cumplimiento de los objetivos fundamentales del sistema de control interno; el artículo 8 tiene presente la valoración y control de gestión de organizaciones, el cual permite que el representante legal deberá velar por el cumplimiento de la evaluación y el control de gestión.

De otra manera el (*Decreto N° 1826 de 1994, 2016*) también se debe considerar el artículo 11 el cual establece la creación de la oficina de coordinación de control interno, teniendo en cuenta la estructura o departamento administrativo según sus indicaciones; esta oficina tiene un jefe el cual coordinará y ejercerá sus funciones según los artículos 10 y 11 de la ley 87 de 1993.

Es importante destacar el hecho de que ningún miembro de control interno puede ejercer funciones administrativas, así tenga una autorización previa; esta función es aclarada en el párrafo del artículo 12. Esta dependencia debe funcionar y velar por las actividades de auditoras propuestas en el plan operativo, además de cada una de las funciones estimadas en la ley 87.

Algunos ejemplos del formato que se utiliza por parte de control interno en los planes de seguimiento para las entidades de salud se dividen en tres partes, la primera es la presentación donde se trazan los objetivos generales y específicos; la segunda parte es el plan donde se evidencian los hallazgos, además de las justificaciones pertinentes según evidencia el formato. Por último, se encuentra el avance de cada uno de los hallazgos y se verifica el cumplimiento del plan de mejoramiento dando un valor porcentual; para ello se tiene en cuenta como ejemplo el siguiente formato:

Tabla 1: Objetivos generales y específicos ejemplo plan de mejoramiento.

	HOSPITAL H		CÓDIGO
	MACROPROCESO	ESTRATEGICO	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD	
	SUBPROCESO	CALIDAD	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
NOMBRE	PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL	Pag 1 de 1	
NOMBRE DEL LIDER DEL PROCESO:			
PERIODO QUE CUBRIO LA AUDITORIA:			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:			
FECHA DE INICIO:			
OBJETIVO:	<p>Realizar la mejoras encontradas según los hallazgos determinados por los diferentes entes de control tomando como base que somos una Empresa Social del Estado que presta servicios integrales de salud y su área de influencia, bajo altos estándares de calidad, apoyados en un talento humano competente, comprometido con la excelencia del servicio, la seguridad del paciente, la sostenibilidad financiera y la conservación del medio ambiente; logrando la satisfacción total de nuestros usuarios, trabajadores, contratantes y proveedores.</p>		
<b>OBJETIVO ESPECIFICOS</b>			
<p>1, Identificar las inconsistencias y debilidades en las diferentes áreas de la empresa.  2, Racionalizar las inconsistencias en contradas , priorizandolas.  3, Buscar la solución, delegando responsables, tiempos e indicadores que nos conlleve a mejorarlas en un 100%</p>			

*Nota: El ejemplo de una tabla donde se especifican los objetivos propuestos en el plan operativo por parte de la coordinación de control interno de una entidad de salud.*

Tabla 2: Identificación de hallazgos

	HOSPITAL H						CÓDIGO
	MACROPROCESO	ESTRATEGICO					
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD					VERSIÓN
	SUBPROCESO	CALIDAD					
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO					
NOMBRE	PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL					Pag 1 de 1	
No. Hallazgo	HALLAZGOS	AREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
1	NO SE EVIDENCIA SOPORTE FISICO NO DIGITAL DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL	CENTRO SALUD XY	IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	REVISION Y SOCIALIZACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	8 dias	6 FUNCIONARIOS CAPACITADOS/6 FUNCIONARIOS DEL CENTRO SALUD	Referente de seguridad del paciente
2	NO EXISTE SOPORTE NI FISICO NI MAGNETICO DE DOCUMENTACION EL PROGRAMAS Y ESTANDARES DE HABILITACION	CENTRO DE SALUD XY	REVISAR E IMPLEMENTAR DOCUMENTAL RELACIONADO CON HABILITACION EN EL CENTRO DE SALUD DE CAPELLANIA	SE REALIZO CONEXION EN RED CON EL HOSPITAL ; SE SOLICITO VIA TELEFONICA A SISTEMAS LA CONEXION DE RED PARA RED PUBLICO DE LA INSTITUCION. SE REALIZO COPIA DE ARCHIVO DE LA PARTE DOCUMENTAL DEL CENTRO DE SALUD EN COMPUTADORES DEL MISMO, SE EXPLICA EL PASO A PASO DEL PROCESO DOCUMENTAL AL TODO EL PERSONAL DEL	8 dias	7 FUNCIONARIOS CAPACITADOS/ 7 FUNCIONARIOS DEL CENTRO SALUD	Referente de seguridad del paciente
3	NO EXISTE LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN E CENTRO DE SALUD	CENTRO DE SALUD XY	DELEGAR EN REUNION DEL CENTRO DE SALUD DE CAPELLANIA EL LIDER DE SEGURIDAD DEL MISMO.	DELEGACION DEL CENTRO DEL LIDER DE SEGURIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE CAPELLANIA	8 DIAS	6 FUNCIONARIOS CAPACITADOS/ 6 FUNCIONARIOS DEL CENTRO SALUD	Medico de Centro de Salud de Sutatausa , funcionarios y colaboradores del centro de salud y Referente de seguridad del
4	CENTRO SALUD	CENTRO DE SALUD XY	CAPACITAR EN EL MANEJO ADECUADO DE LA MESA DE AYUDA	SE REALIZA EL PASO A PASO DE LA MESA DE AYUDA PARA LAS AREAS DE APOYO INSTITUCIONAL A EL CENTRO DE SALUD	30 dias	7 FUNCIONARIOS CAPACITADOS/ 7 FUNCIONARIOS DEL CENTRO SALUD	Referente de seguridad del paciente
APROBACIÓN DEL PLAN DE ACTIVIDADES							
FECHA DE APROBACIÓN DEL PLAN DE ACTIVIDADES							
NOMBRE DE QUIEN REALIZA SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACTIVIDADES (Superior Jerarquico)							
NOMBRE DE QUIEN APRUEBA PLAN DE ACTIVIDADES (Superior Jerarquico)							

Nota: Tabla de identificación de hallazgos de un centro de salud y se explica el seguimiento que esta realizando y en que consiste cada uno de los procesos evaluados.

Tabla 3: Avance de plan de mejoramiento

HOSPITAL H										CÓDIGO
MACROPROCESO		ESTRATEGICO								
PROCESO		GESTIÓN DE CALIDAD								VERSIÓN
SUBPROCESO		CALIDAD								
TIPO DE DOCUMENTO		FORMATO								
NOMBRE		PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL								Pag 1 de 1
No. Hallazgo	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	AREA/CICLO/PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCION		RESULTADO INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	
					PROGRAMADO	REAL				
1	NO SE EVIDENCIA SOPORTE FISICO NO DIGITAL DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CENTRO SALUD	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	REVISION Y SOCIALIZACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	8 dias	5 DIAS	100% del talento humano capacitado	Referente de Seguridad / calidad/ control interno	100% del talento humano capacitado	
2	NO EXISTE SOPORTE NI FISICO NI MAGNETICO DE DOCUMENTACION EL PROGRAMAS Y ESTANDARES DE HABILITACION	CENTRO SALUD	IMPLEMENTACION DOCUMENTAL EN EL CENTRO DE SALUD	SE REALIZO CONEXION EN RED CON EL HOSPITAL; SE SOLICITO VIA TELEFONICA A SISTEMAS LA CONEXION DE RED PARA RED PUBLICO DE LA INSTITUCION, SE REALIZO COPIA DE ARCHIVO DE LA PARTE DOCUMENTAL DEL CENTRO DE SALUD EN COMPUTADORES DEL MISMO, SE EXPLICA EL PASO A PASO DEL PROCESO DOCUMENTAL A TODO EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD	8 dias	2 dias	100% del talento humano capacitado	Referente de Seguridad / calidad/ control interno	100% del talento humano capacitado	
3	NO SE EVIDENCIA SOPORTE FISICO NO DIGITAL DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CENTRO SALUD	DELEGAR EN REUNION DEL CENTRO DE SALUD	DELEGACION DEL CENTRO DEL LIDER DE SEGURIDAD DEL CENTRO DE SALUD	8 dias	2 DIAS	100% del talento humano capacitado	Referente de Seguridad / calidad/ control interno	100% del talento humano capacitado	
4	AUSENCIA DEL MANEJO DE LA MESA DE AYUDA	CENTRO SALUD	CAPACITAR EN EL MANEJO ADECUADO DE LA MESA DE AYUDA	SE REALIZA EL PASO A PASO DE LA MESA DE AYUDA PARA LAS AREAS DE APOYO INSTITUCIONAL A EL CENTRO DE SALUD	8 dias	2 DIAS	100% del talento humano capacitado	Referente de Seguridad / calidad/ control interno	100% del talento humano capacitado	
<b>SEGUIMIENTO</b>										
<b>NOMBRE DE QUIEN REALIZA SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACTIVIDADES (Superior Jerarquico)</b>										
<b>NOMBRE DE QUIEN APRUEBA SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES</b>										

Nota: Tabla de avance y verificación de cada uno de los hallazgos revisando las estrategias propuestas para así determinar su eficiencia y eficacia.

En este proceso de investigación según (Vargas Cordero, 2009, p. 155) se tiene en cuenta la metodología de tipo aplicada, donde permite realizar observaciones y proponer recomendaciones en las estrategias propuestas, para que la coordinación del control interno en el seguimiento de los planes de mejoramiento en una entidad de salud los verifique para mejorar y prestar un servicio de calidad.

De la misma forma el estudio toma las siguientes tres etapas importantes para desarrollar esta exploración:



*Ilustración 1: Explicación de pasos de investigación aplicada para seguimientos en los planes de mejoramiento de la entidad de salud.*

La identificación de hallazgos y el análisis respectivos se refiere, aquellas situaciones que son monótonas. Para ello se analizarán planes de mejora que durante un tiempo han estado los mismos hallazgos presentados siempre al inicio del plan operativo anual. Pero se queda siempre en propuesta no se logra verificar su cumplimiento, al contrario, ya son repetitivos.

Por esta razón la indagación requiere de recomendaciones puntuales en que se debería realizar en los hallazgos repetitivos, o al contrario aquellos que son considerados de forma más sencilla y a veces se pasan por alto. Pero se evidencian en las distintas auditorias y la forma que se establece las estrategias de mejora al cumplimiento por parte de las auditorias.

La muestra de enfoque representativa de este trabajo son los planes de mejoramiento del hospital H y dos hallazgos de situaciones evidenciadas en el trabajo del hospital H como experiencia personal de los 30 años de prestación del servicio de salud. De esta forma realizar

una comparación y verificación de las distintas auditorías, teniendo en cuenta aquellos hallazgos repetitivos para así lograr buscar un seguimiento y poder concluir con las recomendaciones pertinentes.

A continuación, se revisa el formato de plan de mejoramiento estipulado en el departamento de Cundinamarca, para tener presente las características tales como fecha de inicio, fecha de finalización, se tiene la convicción de un seguimiento por trimestres es decir 4 componentes de revisión durante el año y según calendario operativo.

La verificación de la observación se da mediante un porcentaje el cual debe completar el cumplimiento al ser revisado durante los trimestres estipulados. Este trabajo se debe demostrar por parte de la coordinación de control interno, así de la misma forma el área administrativa debe revisar, aprobar y corroborar la información brindada en las diferentes situaciones del plan de mejoramiento.

Tabla 4: Formato plan de mejoramiento

				<b>SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA</b> <b>OFICINA DE PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO EN SALUD</b>												
						MUNICIPIO: HOSPITAL: PERIODO:										
PROCESO:				SUBPROCESO:												
DESCRIPCION DEL HALLAZGO - OPORTUNIDAD DE MEJORA - RESULTADO NO DESEADO																
FORMULACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO																
QUE	QUIEN	CUANDO		DONDE	PORQUE	COMO	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO								OBSERVACIONES
		FECHA INICIA	FECHA TERMINA					I TRIM		II TRIM		III TRIM		IV TRIM		
								FECHA	%	FECHA	%	FECHA	%	FECHA	%	
							% TOTAL DE CUMPLIMIENTO		####		####		####		####	
ELABORÓ:																
		FECHA DE EVALUACIÓN Y APROBACIÓN:														
				FIRMAS DE APROBACIÓN:												SUBGERENTE COMUNITARIA
*La elaboración, seguimiento y evaluación del plan de mejoramiento debe hacerse de manera conjunta entre el SIAU, control interno y área administrativa de la E.S.E. *El plan de mejoramiento deberá ser socializado en el comité de calidad, comité directivo y asambleas de asociación de usuarios y COPACOS. *El plan de mejoramiento deberá ser validado por el gerente y subgerente de la institución para que tengan pleno conocimiento y responsabilidad de las acciones de mejora. *El plan de mejoramiento se realiza trimestralmente teniendo en cuenta las principales causas de inconformidad de los usuarios una vez se consolide en la matriz de seguimiento a las PQRS. *El formato es estandar para los hospitales, por lo tanto NO debe ser modificado (No se deben quitar ni agregar columnas) *Debera ser enviado los primeros 5 días del mes siguiente una vez finalizado el trimestre (I TRIM: Abril, II TRIM: Julio, III TRIM: octubre, IV TRIM: Enero)																

Nota: Formato emitido por la secretaria de Salud de la Gobernación de Cundinamarca, para usar por parte de control interno en los diferentes hospitales de la red que manejan en el departamento.

En esta investigación se toma como referencia dos hallazgos, pues en los planes de mejoramiento del hospital H, siempre se nombran dichas situaciones, pero no se han concluido; la razón tanto control interno como la alta gerencia se han limitado a realizar sus auditorías anuales, y el seguimiento a los hallazgos que no son cumplidos en su totalidad se dejan indeterminados. La información del primero hallazgo está en la tabla 5.

En el hallazgo de Doctor Humberto Cañón Páez quien se desempeñó como gerente del hospital H en el periodo de 1994 al 1998, donde se hizo apertura y manejo de una cuenta institucional en el banco agrario, la cual tenían recursos otorgados por parte del gobierno, una vez finalizo el periodo del doctor, esta cuenta quedo abierta pero no se gestionó para que la nueva administración usará estos recursos según el direccionamiento por parte de la alta gerencia.

El hospital H lleva con este hallazgo aproximadamente 22 años, cada una de las administraciones y el control interno no han logrado cumplir con todas las actividades propuestas para dar cumplimiento al proceso de hallazgo. El tiempo de ejecución estimado en cada uno de los planes de mejoramiento siempre es 1 año. Es importante destacar el hecho de que este trámite no se ha podido utilizar por que no se ha solucionado siendo esto una falencia económica, pues estos recursos le servirían al hospital para suplir múltiples necesidades.

Las actividades propuestas durante el plan de mejora es obtener la hoja de vida del Doctor Cañón Páez en la oficina de talento humano, para así ponerse en contacto con el abogado externo. De esta forma buscar una solución directamente con el banco agrario, y así realizar el seguimiento para hacer el uso de los recursos del hospital H.

Ahora en estos 22 años no se han realizado completamente estos trámites, por esta razón se evidencia este hallazgo con las mismas falencias. El control interno no ha realizado

un seguimiento constante al plan de mejoramiento y a la verificación de cada una de las actividades para determinar que nuevas alternativas de solución se deben plantear; pues no se ha priorizado que ese recurso podría ser útil para los múltiples inconvenientes económicos que tiene el hospital H (*Plan de Mejoramiento Contraloría de Cundinamarca, 2019*).

A continuación, se evidencia los planes de mejoramiento con los hallazgos respecto a la cuenta del banco de agrario del hospital H.

Tabla 5: Plan de mejoramiento hospital H.

No. Hallazgo	DESCRIPCION HALLAZGOS	AREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES
1	<b>AUDITORIA FINANCIERA</b>						
	<b>Evaluación de los estados Financieros</b>						
	Condición: Depósitos en instituciones financieras: SE cuestionan las siguientes cuentas bancarias por diferentes situaciones tal como se muestra a continuación						
	<b>BANCO Y NO. CUENTA BANCARIA</b>	<b>SALDO A 31-12-2019</b>	<b>CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA</b>				
	<b>Banco de Bogotá, No. 611320243</b>	<b>\$427,</b>	El saldo de la cuenta viene en la contabilidad de vigencias anteriores al 2.019, se concilia mes a mes generando desgaste administrativo siendo un valor no representativo dentro de la cuenta de depósitos en instituciones financieras.	<b>Sub Gerencia Administrativa</b>	Desplegar todas las instancias necesarias administrativas, que conlleven a la ubicación del señor Guillermo Humberto Cañón P., para obtener el acceso a los depósitos que se hallan en el banco Agrario.	1 año	NA
	<b>Banco Agrario, No. 0290-0700174-4</b>	<b>\$25.957.865</b>	El saldo de esta cuenta viene en la contabilidad de vigencias anteriores al 2.019, sin hacer uso de los recursos depositados; la cuenta bancaria no figura a nombre del Hospital H, en respuesta a estas situaciones la administración indico lo siguiente. Nos permitimos informar que la misma cuenta fue apertura del día 04 de septiembre de 1.996, por el señor Guillermo Humberto Cañón Páez, quien en su momento fungía como director del hospital H.	<b>Sub Gerencia Administrativa y Financiera</b>			
<p>1. A través de la oficina de Talento Humano, obtener la hoja de vida del expleado Cañón Páez y tomar los datos de contacto que reposan allí.</p> <p>2. Con asistencia del Abogado externo buscar frente al Banco Agrario alternativas para recuperar los recursos que obran allí.</p> <p>3. Contactar con el banco el domicilio del cuentahabiente de la cuenta</p> <p>4. Seguimiento del domicilio registrado en la hoja de vida de la oficina de talento humano de la ESE.</p> <p>5. Agotar las instancias anteriores el área jurídica viabilizará legalmente las actividades a desplegar ante el banco.</p>							
<p>Gerencia-Subgerencia Administrativa-Tesorería - Jurídica</p>							
<p>Criterio: Análisis y verificación de cuentas bancarias conforme a lo dispuesto en la resolución 499 del 28 de diciembre del 2.015, por la cual se modifica la resolución 281 del 18 de septiembre de 2.006, la cual establece la creación del comité de sostenibilidad pública de la E.S.E. Hospital El Salvador de Ubaté.</p> <p>Causa: Debilidades en el control interno contable</p> <p>Efecto: No utilización de recursos de la E.S.E</p> <p>Hospital Connotación del Hallazgo Administrativo</p>							

Nota: plan de mejoramiento del hospital H del hallazgo del año 2019.

El segundo hallazgo del hospital H tienen como característica algunos vehículos que no prestan servicio, los cuales duraron aproximadamente 9 años arrumados en las instalaciones del hospital H. En el año 2019 se dieron de baja por su mal estado y cumplimiento de su vida útil, esta resolución fue emitida por parte de la secretaria de salud del departamento de Cundinamarca.

Se tienen 9 vehículos que se dieron de baja los cuales algunos pertenecen a un municipio cercano al hospital H, y el resto corresponden al hospital H. se estima que durante el último plan de mejoramiento se debe hacer la entrega formal al municipio y realizar el convenio con el banco popular para que sean subastados.

A continuación, se muestra el hallazgo de los vehículos dados de baja, y la estimación del tiempo estipulado para su ejecución. Es importante tener en cuenta que si se demoraron tanto en dar de baja los vehículos, control interno debe estar pendiente el seguimiento para el remate y la entrega al municipio para así cumplir con el tiempo estipulado en el plan de mejoramiento.

Tabla 6: Hallazgo de vehículos que no prestan servicio.

No. Hallazgo	DESCRIPCION HALLAZGOS	AREA/CICLO/ PROCESO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES																																																		
1	<p><b>Condición: Vehículos que no prestan servicio.</b></p> <p>El grupo auditor verificó que en las instalaciones del Hospital H existen Nueve (9) vehículos en mal estado y/o que ya cumplieron su vida útil, de los cuales siete (7) son ambulancias, una (1) camioneta Chevrolet y un (1) vehículo Chevrolet Luv, aprobados mediante Resolución 512 del 31 de diciembre de 2019, por el cual se faculta la venta de estos activos fijos para dar de baja, por intermedio de subasta con el Martillo del Banco Popular o ser entregados a la Secretaría de Salud de Cundinamarca y a la Alcaldía correspondiente, como se muestra en el siguiente cuadro:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INVENTARIO</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>PLACA</th> <th>PROPIETARIO</th> <th>ESTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12859</td> <td>AMBULANCIA MITSUBISHI</td> <td>OFJ 259</td> <td>SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA</td> <td>BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019</td> </tr> <tr> <td>12811</td> <td>AMBULANCIA LAND ROVER</td> <td>OFJ 251</td> <td>ALCALDIA</td> <td>BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019</td> </tr> <tr> <td>12936</td> <td>AMBULANCIA FORD 150</td> <td>OFT 002</td> <td>ALCALDIA</td> <td>BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019</td> </tr> <tr> <td>12907</td> <td>AMBULANCIA FORD</td> <td>OFJ 291</td> <td>SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA</td> <td>BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019</td> </tr> <tr> <td>1465</td> <td>AMBULANCIA MARCA HYUNDAI</td> <td>OCD 753</td> <td>HOSPITAL H</td> <td>BAJA RESOLUCIÓN 434 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 2017</td> </tr> <tr> <td>17535</td> <td>AMBULANCIA MAZDA VT 50</td> <td>OJK 129</td> <td>HOSPITAL H</td> <td>BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019</td> </tr> <tr> <td>12850</td> <td>CAMIONETA CHEVROLET</td> <td>BJB 053</td> <td>HOSPITAL H</td> <td>BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019</td> </tr> <tr> <td>12858</td> <td>AMBULANCIA CHEVROLET</td> <td>OFO 206</td> <td>HOSPITAL H</td> <td>BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019</td> </tr> <tr> <td>12880</td> <td>VEHICULO CHEVROLET LUV</td> <td>OCD 752</td> <td>HOSPITAL H</td> <td>BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019</td> </tr> </tbody> </table>	INVENTARIO	DESCRIPCIÓN	PLACA	PROPIETARIO	ESTADO	12859	AMBULANCIA MITSUBISHI	OFJ 259	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019	12811	AMBULANCIA LAND ROVER	OFJ 251	ALCALDIA	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019	12936	AMBULANCIA FORD 150	OFT 002	ALCALDIA	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019	12907	AMBULANCIA FORD	OFJ 291	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019	1465	AMBULANCIA MARCA HYUNDAI	OCD 753	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 434 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 2017	17535	AMBULANCIA MAZDA VT 50	OJK 129	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019	12850	CAMIONETA CHEVROLET	BJB 053	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019	12858	AMBULANCIA CHEVROLET	OFO 206	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019	12880	VEHICULO CHEVROLET LUV	OCD 752	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019	GERENCIA, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	COMUNICAR A LOS PROPIETARIOS DE VEHICULOS LA DEVOLUCION Y SUBASTAR LOS DE LA ESE. HOSPITAL EL SALVADOR	ENVIAR OFICIOS A LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA, GOBERNACION Y A L ALCALDE DE LENGUAZAQUE LA DEVOLUCION DE LOS VEHICULOS DE SU PROPIEDAD, REALIZAR CONVENIO CON EL BANCO POPULAR PARA SUBASTAR LOS VEHICULOS QUE SON DE L HOSPITAL	1 año	# Vehículos subastados / # vehículos por subastar	Gerencia / subgerencia administrativa/ Activos Fijos
INVENTARIO	DESCRIPCIÓN	PLACA	PROPIETARIO	ESTADO																																																					
12859	AMBULANCIA MITSUBISHI	OFJ 259	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019																																																					
12811	AMBULANCIA LAND ROVER	OFJ 251	ALCALDIA	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019																																																					
12936	AMBULANCIA FORD 150	OFT 002	ALCALDIA	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019																																																					
12907	AMBULANCIA FORD	OFJ 291	SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019																																																					
1465	AMBULANCIA MARCA HYUNDAI	OCD 753	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 434 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 2017																																																					
17535	AMBULANCIA MAZDA VT 50	OJK 129	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019																																																					
12850	CAMIONETA CHEVROLET	BJB 053	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019																																																					
12858	AMBULANCIA CHEVROLET	OFO 206	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019																																																					
12880	VEHICULO CHEVROLET LUV	OCD 752	HOSPITAL H	BAJA RESOLUCIÓN 512 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019																																																					
							<p><b>Causa:</b> Falta de controles al interior de la Entidad</p> <p><b>Efecto:</b> Posible materialización del riesgo ambiental.</p> <p><b>Connotación del hallazgo:</b> Administrativo</p>																																																		

Nota: Cuadro de hallazgo de vehículos que no prestan servicio, los cuales fueron dados de baja por su mal estado; Por esta razón deben ser entregados al municipio según propiedad y realizar el convenio con el banco Popular para el remate correspondiente.

## CONCLUSIONES

Según los dos hallazgos estudiados en el hospital H, es oportuno analizar qué control interno ha tenido varias personas liderando en este aspecto, pero a lo largo del tiempo no ha hecho un seguimiento puntual, pues no existe un registro donde explique y justifique porque estos hallazgos continúan liderando en los planes de mejoramiento planeados al inicio del año.

Dado el hallazgo de la cuenta bancaria del banco agrario, presentada durante los últimos 22 años en el hospital H, se evidencia que la oficina de control interno no realizó un seguimiento constante a la programación anual emitida por parte de la alta gerencia y la oficina de control interno. Se recomienda realizar la verificación puntual de cada una de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento para evitar gastos y repetición de hallazgos constantes frente a cada una de las acciones necesarias para mejorar la calidad de eficiencia en el servicio.

Con respecto al segundo hallazgo estudiado, sobre los vehículos dados de baja se notó la falta de compromiso de control interno, este hallazgo debió hacerse la entrega de aquellos carros que no pertenecen al hospital H antes de la resolución emitida hasta el año anterior. Es claro que control interno no realiza los seguimientos a los hallazgos que son repetitivos.

Se recomienda realizar el seguimiento al plan de mejoramiento como se estipula en las fases de control interno, pues evidentemente se nota que no se cumple la fase 5. Por tal

razón se necesita ser más eficiente en este aspecto para que de esta forma cualquier entidad de salud pueda generar un servicio de Salud más eficaz y óptimo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Constitución Política de Colombia. (1991). *ConstitucionColombia.com*. Constitución de Colombia. <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-7/capitulo-5/articulo-209>

de Salud Pública, R. (1999). Sistema de control interno en entidades de salud. *Revista de Salud Pública*, 8(1), 230-234.

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18964>

Departamento de administración pública. (2015, 1 diciembre). *Concepto 166021 de 2014*

*Departamento Administrativo de la Función Pública - EVA - Función Pública.*

Función Pública.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73257>

Función Pública. (2004). *Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014.*

<https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>

*Guía de auditorías para entidades Públicas.* (2013, septiembre). Función Pública.

<https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1894.pdf/1260db54-4c15-4a64-bc65-de6aad7d4d8a>

*Inicio | Gobierno de Colombia.* (2019, 29 marzo). Planes de Mejoramiento.

<https://www.gov.co/home/>

*Ley 87 de 1993 / Secretaría Distrital del Hábitat.* (1993, noviembre).

<https://www.habitatbogota.gov.co/transparencia/normatividad/normatividad/ley-87-1993>.

<https://www.habitatbogota.gov.co/transparencia/normatividad/normatividad/ley-87-1993>

*Modelo Estándar de Control Interno (MECI).* (2014). Minciencias.

[https://minciencias.gov.co/quienes\\_somos/control/control\\_modelo](https://minciencias.gov.co/quienes_somos/control/control_modelo)

*Plan de mejoramiento.* (2020, 29 marzo). Plan de Mejoramiento.

<http://www.esehospitalelsalvadorubate.gov.co/planes/plan-de-mejoramiento>

*Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS).* (2016, diciembre).

Ministerio de Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Posadas, F. J. A. (2019, 2 agosto). *La planeación estratégica en el proceso administrativo.*

GestioPolis. <https://www.gestiopolis.com/la-planeacion-estrategica-en-el-proceso-administrativo/>

*Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Subsistema de control interno.* (2014). Secretaria de Salud Bogotá.

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Subsistemadecontrolinterno.aspx#:~:text=Se%20entiende%20por%20control%20interno,para%20el%20control%20de%20>

01

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. (2007). *Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*. Ministerio de Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Vargas Cordero, Z. R. (2009). La Investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*, 33(1), 155.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015082010>