

TRD. 130-19.11

**INFORME DE ACTUACIÓN DE FISCALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO  
PLAN DE MEJORAMIENTO**

**A**

**HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E. DE PRADERA**

**CLARIVEL TAIMBUD GUTIERREZ**

**Gerente**

**Vigencia 2020**

**CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA  
Santiago de Cali, diciembre 2021**

**CDVC-DOCF – 31**

**INFORME DE ACTUACIÓN DE FISCALIZACIÓN DE SEGUIMIENTO  
PLAN DE MEJORAMIENTO  
HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA**

Contralora departamental del Valle del Cauca

LEONOR ABADÍA BENÍTEZ

Director operativo de control fiscal

JUAN PABLO GARZÓN PÉREZ

Equipo auditor

CLAUDIA JIMENA OROZCO SALCEDO  
AMANDA MADRID PANESSO (Líder)

## TABLA DE CONTENIDO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. HECHOS RELEVANTES</b>   | <b>4</b>  |
| <b>2. CARTA DE CONCLUSIONES</b>                                       | <b>5</b>  |
| <b>3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA</b>                                  | <b>6</b>  |
| 3.1. SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO                     | 8         |
| 3.2. CUMPLIMIENTO Y EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO              | 8         |
| 3.3. ASPECTOS RELEVANTES DEL SEGUIMIENTO                              | 9         |
| 3.4. BENEFICIOS DEL CONTROL FISCAL IDENTIFICADOS                      | 10        |
| <b>3.4.1. Beneficios cualitativos</b>                                 | <b>10</b> |
| <b>3.4.2. Beneficios cuantitativos</b>                                | <b>10</b> |
| <b>4 ANEXOS</b>   | <b>10</b> |
| 4.1 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS                                       | 10        |
| 4.2 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS QUE CONTINUAN EN PLAN DE MEJORAMIENTO | 11        |

## 1. HECHOS RELEVANTES

El Sistema de Control Interno, tiene como objetivos: Proteger los recursos buscando su adecuada administración ante los posibles riesgos que le afecten el cumplimiento de sus competencias; velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional de acuerdo con su naturaleza y características particulares; garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional de acuerdo con su naturaleza y características específicas; garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organización, para aumentar la confianza de los ciudadanos en la entidad pública<sup>1</sup>,

El Control Interno como sistema, se convierte en el instrumento que se armoniza con la participación ciudadana y el control fiscal, siendo útil para garantizar la eficacia y eficiencia de la gestión pública y la defensa del patrimonio público, permitiendo anticipar los riesgos y gestionarlos para evitar la pérdida de recursos públicos, de allí su importancia y el enfoque del presente proceso auditor.

Los Planes de Mejoramiento, contienen el conjunto de las acciones de mejora, correctivas y/o preventivas que debe adelantar la entidad en un periodo determinado, para dar cumplimiento a la obligación de subsanar y corregir las causas administrativas que dieron origen a los hallazgos identificados por los órganos de control del sujeto de control y para el caso, corresponden a los determinados por la Contraloría Departamental del Valle, como resultado del ejercicio del proceso auditor.

En el rol de seguimiento, la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para el aseguramiento en el logro de los objetivos institucionales de la entidad según su misión, proporciona información sobre la efectividad del SCI, a través de un enfoque basado en el riesgo, incluidas las maneras en que funcionan la primera y segunda línea de defensa, generando las recomendaciones y sugerencias que contribuyen al mejoramiento y optimización del sistema como tal.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, como resultado del ejercicio del control fiscal micro, mediante proceso auditor, estudios, pronunciamientos, desarrollo de indagaciones preliminares y acciones del control fiscal participativo, impacta positivamente al generar beneficios de control fiscal, entendido como el impacto positivo cuantificable y en calificable en el Sujeto y/o Punto de Control y/o en determinado sector de la comunidad, dando lugar a los Planes de Mejoramiento objeto del presente seguimiento.

---

<sup>1</sup> [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/cursos/modelo-integrado-planeacion-gestion/files/dimension7-control/Presentacion\\_Estructura\\_meci.pdf](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/cursos/modelo-integrado-planeacion-gestion/files/dimension7-control/Presentacion_Estructura_meci.pdf)

## 2. CARTA DE CONCLUSIONES

Santiago de Cali,

Doctora

**CLARIVEL TAIMBUD GUTIERREZ**

Gerente Hospital San Roque E.S.E. Pradera

Señores

**JUNTA DIRECTIVA y**

**CONCEJO MUNICIPAL**

Pradera Valle

Respetados doctores:

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política y en cumplimiento del Plan de Vigilancia y Control Fiscal - PVCF 2021, practicó actuación de fiscalización de seguimiento al plan de mejoramiento vigente al Hospital San Roque E.S.E Pradera Valle del Cauca, de conformidad con lo estipulado en los procedimientos internos debidamente adaptados y documentados, que reglamentaron la Guía de Auditoría Territorial en el marco de las Normas ISSAI, para el ejercicio de control fiscal en el Departamento del Valle del Cauca.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, después del análisis, producir un informe integral que contenga el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoría gubernamental colombianas conforme lo establece la Guía de Auditoría Territorial – GAT adoptada en el marco de las Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (E.F.S) ISSAI, con políticas y procedimientos de auditoría con enfoque integral prescritos por la Contraloría Departamental del Valle, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar el concepto.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de las evidencias y documentos que soportan el proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de

trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Dirección Operativa de Control Fiscal.

## **ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

La auditoría a que se refiere el presente informe tuvo el siguiente alcance:

Se examinaron (24) acciones de mejoramiento, resultado de los procesos auditores practicados al sujeto de control.

Con la documentación aportada en los informes de avance del plan de mejoramiento, a cada una de las acciones correctivas, se les practicó prueba de cumplimiento y se verificó su efectividad.

En el trabajo de auditoría no se presentaron limitaciones que afectaran el alcance de nuestra auditoría, el auditor tuvo a mano toda la información requerida y practicó las actividades de campo con independencia y colaboración por parte de los funcionarios de la Entidad.

Los hallazgos se dieron a conocer a través del informe preliminar con el fin de garantizar el debido proceso. Las respuestas de la administración fueron analizadas por el equipo auditor y se incorporan en el informe final.

## **CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO**

El Plan de Mejoramiento reportado a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, comprende (24) hallazgos, a los cuales se les efectuó el seguimiento y la evaluación correspondiente, obteniendo como resultado que las acciones de mejoramiento implementadas **se cumplieron** en **98,3%** de acuerdo a la calificación registrada en la matriz de calificación, de cumplimiento y efectividad del plan de mejoramiento.

La evaluación y el concepto de los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos planteados, se desagregan en el punto 3 del informe.

## **RELACIÓN DE HALLAZGOS**

En desarrollo de la presente actuación de fiscalización, no se determinaron hallazgos.

## PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad no debe presentar plan de mejoramiento, al no presentar hallazgos.

Santiago de Cali, D.E



LEONOR ABADÍA BENÍTEZ  
Contralora Departamental del Valle del Cauca

Nota: El presente documento se suscribe con firma autógrafa mecánica, digitalizadas o escaneadas en atención a lo dispuesto en el Artículo 11 del Decreto 491 del 28 de marzo del 2020, expedido por el Gobierno Nacional.

Proyectó: Equipo Auditor

Revisó: Juan Pablo Garzón Pérez. Director Operativo de Control Fiscal

Aprobó: Juan Pablo Garzón Pérez. Director Operativo de Control Fiscal

### 3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

En cumplimiento del Plan de Vigilancia y Control Fiscal PVCF- 2021, la Contraloría Departamental del Valle del Cauca adelantó actuación de fiscalización de seguimiento a planes de mejoramiento de las entidades sujetas de control con el fin de evaluar su cumplimiento y efectividad, para la mejora continua de la entidad y determinar los beneficios del control fiscal cuantitativos y cualitativos.

De acuerdo con la información reportada por la entidad, se presentan los resultados del ejercicio:

#### 3.1. SEGUIMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

El Hospital San Roque de Pradera, rindió el plan de mejoramiento, a través de los medios electrónicos disponibles para la vigencia en que se debió suscribir el mismo.

De los informes rendidos y los informes aportados mediante correo electrónico, se concluye que la oficina de control interno realizó el seguimiento correspondiente, para el aseguramiento en el logro de los objetivos institucionales de la entidad permitiendo la vigilancia y control en el tema objeto del proceso auditor.

La entidad constituyó plan de mejoramiento con las siguientes auditorias: Auditorías especiales de cierre, revisión de la cuenta y visita fiscal.

#### 3.2. CUMPLIMIENTO Y EFECTIVIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan de Mejoramiento reportado a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, comprende (24) hallazgos, de las vigencias auditadas del PVCF, a los cuales se les efectuó el seguimiento y evaluación correspondiente, de acuerdo a lo prescrito en la Resolución Reglamentaria No.09 del 8 de junio de 2021:

**ARTÍCULO 8. MÉTODO DE EVALUACIÓN.** La evaluación de las acciones correctivas se realizará teniendo en cuenta dos variables, la primera corresponde a “Cumplimiento” y la segunda a “Efectividad”, a la cual se le asigna una ponderación así: 20% “Cumplimiento” y 80% “Efectividad”.

| Variable     | Ponderación | Rango de calificación |                |           |
|--------------|-------------|-----------------------|----------------|-----------|
|              |             | Si cumple             | Cumple Parcial | No cumple |
| Cumplimiento | 20%         | Dos (2)               | Uno (1)        | Cero (0)  |
| Efectividad  | 80%         |                       |                |           |



Parágrafo 1 del mencionado artículo enuncia: “...se entiende por cumplido un plan de mejoramiento cuando al aplicar la metodología haya logrado un nivel igual o superior al ochenta por ciento (80%).

Se presenta cumplimiento parcial del plan de mejoramiento cuando al aplicar la metodología haya logrado un nivel de cumplimiento mayor o igual al cincuenta por ciento (50%) y menor que al ochenta por ciento (80%).

Se presenta incumplimiento del plan de mejoramiento cuando al aplicar la metodología haya logrado un nivel de cumplimiento menor al cincuenta por ciento (50%)..”

De lo anterior se obtuvo como resultado que las acciones de mejoramiento implementadas se **cumplieron** en 98,3%, por haber alcanzado las siguientes ponderaciones de cumplimiento y efectividad, registradas en el Papel de Trabajo Anexo 02 M2P5-12 Matriz de calificación, de cumplimiento y efectividad del plan de mejoramiento:

- **Cumplimiento:** calificación de **20%** sobre una ponderación del **20%**
- **Efectividad:** calificación del **78,3%** sobre una ponderación del **80%**

Calificaciones que son el resultado del seguimiento y evaluación de las acciones cumplidas, cumplidas parcialmente e incumplidas, las cuales se detallan en el anexo 4.2 que harán parte del plan de mejoramiento que se suscriba producto del presente informe de auditoría.

**CUADRO 1**

| PLAN DE MEJORAMIENTO                     |                      |             |                   |
|--|----------------------|-------------|-------------------|
| VARIABLES A EVALUAR                      | Calificación Parcial | Ponderación | Puntaje Atribuido |
| Cumplimiento del Plan de Mejoramiento    | 100,0                | 0,20        | 20,0              |
| Efectividad de las acciones              | 97,9                 | 0,80        | 78,3              |
| <b>CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO</b> |                      | <b>1,00</b> | <b>98,3</b>       |

| Calificación        |   |
|---------------------|---|
| Cumple              | 2 |
| Cumple Parcialmente | 1 |
| No Cumple           | 0 |

|        |
|--------|
| Cumple |
|--------|

Fuente: Papel de trabajo 02, M2P5-12 Matriz de calificación, de cumplimiento y efectividad del plan de mejoramiento  
Elaborado: Equipo auditor

### 3.3. ASPECTOS RELEVANTES DEL SEGUIMIENTO

La importancia del control en el proceso administrativo o ciclo de la gestión (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) al convertirse en instrumento para la mejora continua, permitiendo la toma de decisiones ajustadas a la realidad del sujeto de

control y su rol desempeñado de acuerdo a su misión y sus metas, así como la mejora de las acciones correctivas a implementar a través del aprendizaje organizacional respecto del proceso auditor.

### 3.4. BENEFICIOS DEL CONTROL FISCAL IDENTIFICADOS

#### 3.4.1. Beneficios cualitativos

Mejoramiento de los procesos y procedimientos administrativos y misionales del sujeto de control a través del cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de los procesos auditores realizados por la entidad.


#### 3.4.2. Beneficios cuantitativos

En el presente seguimiento a los hallazgos relacionados con el proceso contractual, no se determinaron beneficios cuantitativos.

## 4 ANEXOS

### 4.1 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

| No. hallazgos | Administrativos | Disciplinarios | Penales | Fiscales | Sancionatorio | Beneficio de Control fiscal | Daño Patrimonial (\$) |
|---------------|-----------------|----------------|---------|----------|---------------|-----------------------------|-----------------------|
| 0             | -               | -              | -       | -        | -             | -                           | -                     |

| 4.2 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS QUE CONTINUAN EN PLAN DE MEJORAMIENTO |   |   |   |
|---|---|---|---|
| No.   | HALLAZGOS   | ACCIÓN CORRECTIVA   | CONTRADICCIÓN Y CONCLUSIÓN  |
| NC  | <p>Hallazgo Administrativo con presunta incidencia Disciplinaria y Fiscal Revisado el Plan de Bienestar social e incentivos 2016 del Hospital San Roque de Pradera- se evidencia en el cronograma de actividades establecidas en el mismo y en el informe final de ejecución de la actividad contemplada la siguiente actividad; Actividad Recreativa para los servidores públicos de la ESE Hospital San Roque programada para fin de año a los siguientes sitios; Visita al Parque del Café- Visita al Parque Los Arrieros- Visita al Municipio de Quimbaya- Visita a Salento- para el cual se realizó una orden de servicio No 125- con fecha del 01 de noviembre de 2016 por un valor de DIECISIETE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$17 300 000)- esto para realizar dicha actividad- la cual fue aprobada mediante Resolución No 236 de 17 de noviembre de 2016- por lo cual se evidencio un presunto detrimento patrimonial por el valor equivalente a \$17 300 000.</p> | <p>Aplicar los Decreto que dicta sobre medidas de austeridad del gasto público expedido por el presidente que aplique a las entidades descentralizada de orden territorial</p> <p>Descripción acción correctiva: Cada dos años contar con el clima laboral Elaborar el plan de bienestar social con base en el Decreto 1567 de 1998 y demás normas aplicables</p> <p>Conclusión seguimiento CI. (Se realizó el Estudio de Clima laboral, pero debido a la crisis sanitaria no se han definido las actividades a realizar por el Comité de Bienestar social)</p> | <p>La administración del Hospital San Roque de Pradera, presenta mediante oficio remitido mediante correo electrónico 810GE-3.2 del 16 de noviembre de 2021 los argumentos por los cuales considera se debe retirar por lo cual se cita apartes de la contradicción a saber:</p> <p>Seguendo los lineamientos del "Informe de actuación de fiscalización de seguimiento plan de mejoramiento", se puede inducir que la entonces gerente en concordancia con el Decreto 1567 de 1998 la ESE Hospital San Roque de Pradera ejecuto las actividades planeadas por el Comité de Bienestar Social con el fin de satisfacer necesidades humanas fundamentales a través del área de protección y servicios sociales y así propender por lograr el mejoramiento de vida de los funcionarios, de modo que estén en condiciones más favorables de desempeñar su función al servicio de la comunidad, por lo que la aprobación de la entonces gerente de la Resolución 236 de 17 de noviembre de 2016, debido a que esta se hizo con una asignación presupuestal previa que excede el monto empleado para la actividad realizada (17.440.762), la entonces administración hizo los respectivos ajustes y justificación correcta de la actividad propuesta, y el monto empleado para la ejecución de la actividad fue inferior al que había sido presupuestado (17.300.000). Sin embargo, respecto a los motivos reales del valor establecido en honor a la verdad deben ser consultados directamente con la entonces ex funcionaria que recibió dichos actos administrativos.</p> <p>Cordialmente,</p>  <p>CLARIVEL TAMAYO GUTIERREZ<br/>Gerente<br/>Hospital San Roque<br/>Pradera</p> <p>Siendo importante precisar que el seguimiento al mismo por parte de la oficina de control interno, informa en la matriz, que estaba pendiente de cumplir, producto de la crisis sanitaria, motivo por el cual se consideró de acuerdo con el propio seguimiento de la administración, que la misma debía continuar para proceder a subsanarla totalmente, sin embargo, con la evidencia aportada se decide en,</p> <p><b>CONCLUSIÓN: Se determina retirar este hallazgo por las evidencias presentadas por la entidad.</b></p> |
|   | <b>TOTAL</b>  |   |   |

NC: No continua en plan de mejoramiento.

130-19.11

### CUADRO DE BENEFICIO DE CONTROL FISCAL

| FORMATO REPORTE DE BENEFICIOS   |                               |   |         |           |         |
|---|-------------------------------|---|---------|-----------|---------|
| <b>Director o subdirector:</b>  | Juan Pablo Garzón Pérez       |   |         |           |         |
| <b>Sujeto de Control:</b>   | Hospital San Roque de Pradera |   |         |           |         |
| <b>Fecha de Evaluación:</b>   | Noviembre de 2021             |   |         |           |         |
| <b>BENEFICIOS:</b>  |                               |   |         |           |         |
| <b>NOMBRE DEL CAMBIO LOGRADO:</b>   |                               |   |         |           |         |
| <b>ACCION DE LA CUAL SE DERIVA EL CAMBIO:</b> Actuación de fiscalización seguimiento a plan de mejoramiento.  |                               |   |         |           |         |
| <b>MOMENTOS DEL BENEFICIO:</b>  |                               |   |         |           |         |
|   | Antes                         | X | Durante |           | Después |
| <b>MAGNITUD DEL CAMBIO:</b>   |                               |   |         |           |         |
| Conceptos   | Valor estimado                |   |         | TOTAL     |         |
| Recuperaciones: (ajuste contable)   |                               |   |         |           |         |
|   | \$                            |   |         | \$        |         |
|   | \$                            |   |         |           |         |
|   | \$                            |   |         |           |         |
| <b>Subtotal Recuperaciones (1)</b>  |                               |   |         | <b>\$</b> |         |
| <b>Ahorros:</b>   |                               |   |         |           |         |
|   | \$                            |   |         |           |         |
|   | \$                            |   |         |           |         |
|   | \$                            |   |         |           |         |
| <b>Subtotal Ahorros (2)</b>   | <b>\$</b>                     |   |         | <b>\$</b> |         |
| <b>Totales (1) + (2)</b>  | <b>\$</b>                     |   |         | <b>\$</b> |         |
| <b>ATRIBUTOS DEL CAMBIO (Cualitativo)</b> Mejoramiento de los procesos y procedimientos administrativos y misionales del sujeto de control a través del cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de los procesos auditores realizados por la entidad. |                               |   |         |           |         |
| <b>SOPORTE(S)</b>   |                               |   |         |           |         |
| Informe, Matriz de evaluación del Plan de Mejoramiento  |                               |   |         |           |         |
| <b>OBSERVACIONES:</b> Na  |                               |   |         |           |         |
| <b>RESPONSABLE</b>  |                               |   |         |           |         |
| <b>Director de Control Fiscal</b>   | Juan Pablo Garzón Pérez       |   |         |           |         |
| <b>Cargo</b>  | Director de Control Fiscal    |   |         |           |         |
| <b>Fecha del reporte</b>  | Noviembre de 2021             |   |         |           |         |