

9. Nro. de Hallazgo	10. Descripción del Hallazgo	11. Causa del Hallazgo	12. Acción de Mejoramiento	13. Descripción de las Actividades	14. Meta	15. Fecha Iniciación de la Actividad	16. Fecha Terminación de la Actividad	17. Avance de Ejecución de las Actividades	18. Porcentaje de Avance de Ejecución de las Actividades
83	Los bienes objeto del contrato No. 4145-0-27-1-031-2012 no ingresaron al Almacén de la SSPM. En la cláusula 4º (valor y forma de pago), se manifiesta que al valor del contrato será entregado por el Municipio-SSPM al controlista en 1 cuota semanal entrega de los productos, recibidos a satisfacción por parte del Almacén de la SSPM, previa certificación de cumplimiento a satisfacción expuesta por el supervisor del contrato.	Deficiencias en las mejoras de control y seguimiento	1. Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos para los bienes muebles que deben ingresar al Almacén de la SSPM, que tengan origen en la suscripción de un contrato de compraventa o suministro.	100% de los bienes muebles por la SSPM, ingresados al Almacén de la dependencia	De inmediato	31-12-2013	31-12-2013	Se establecen lineamientos sobre el ingreso de los bienes muebles al Almacén de la SSPM.	100%
84	En el contrato No. 4145-0-27-1-010-2012, se evidencia que la Red de Salud del Norte E.S.E., no envía las copias de las actas de las reuniones que se realizan mensualmente la Asociación de Usuarios y el Comité de Etica Hospitalaria, y tampoco son solicitadas por la SSPM, en su condición de supervisores del contrato, de acuerdo a la cláusula 2º No. 3, celebrada entre la E.S.E. Norte y la SSPM.	Falta de control por parte de la SSPM, de las obligaciones de la E.S.E. Norte, afectando la calidad, prestación y oportunidad de los servicios que se brindan por parte de la E.S.E. y su efecto en la atención de los pacientes.	2. Cumplir con los lineamientos establecidos y mandatos del Almacén sobre los bienes muebles que deben ingresar al Almacén de la SSPM.	100% de los supervisores y miembros del Almacén que deben ingresar al Almacén de la SSPM.	De inmediato	31-12-2013	31-12-2013	Se establecen lineamientos sobre el ingreso de las bienes muebles al Almacén de la SSPM, mediante las Circulares No. 2013414500031194 del 27 de mayo de 2013, y No. 201341450005334 del 26 de noviembre de 2013, donde se cumplimenta al 100% de los lineamientos establecidos.	100%
		Requerir a la E.S.E. el envío oportuno de las copias de las actas de reuniones de la Asociación de Usuarios y el Comité de Etica Hospitalaria respectivo al servicio de las actas de reunión.	Presentar requerimiento escrito formal, tal y como lo establece el Decreto 1757 del 1994, a la E.S.E. Norte respectivo al servicio de las actas de reunión.	100% de las actas de reuniones realizadas por la Asociación de Usuarios y Comité de Etica Hospitalaria de la Red de Salud del Norte E.S.E., a través de Oficio No. 2013414500053211 del 23 de julio de 2013, solicitando el envío oportunuo de las copias de las actas de reuniones de la Asociación de Usuarios y el Comité de Etica Hospitalaria, por lo que a diciembre de 2013 se cuenta con dichas actas, información se encuentra en el expediente contractual en custodia del Grupo Jurídico de la SSPM.	De inmediato	31-12-2013	31-12-2013	Se realizó requerimiento a la Red de Salud del Norte E.S.E., a través de Oficio No. 2013414500053211 del 23 de julio de 2013, solicitando el envío oportunuo de las copias de las actas de reuniones de la Asociación de Usuarios y el Comité de Etica Hospitalaria, por lo que a diciembre de 2013 se cuenta con dichas actas, información se encuentra en el expediente contractual en custodia del Grupo Jurídico de la SSPM.	100%

FORMATO N° PHM02 AVANCE DE PLAN DE MEJORAMIENTO

CONTRALORÍA
ESTADO MEXICANO DE COAHUILA

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: Municipio de Santiago de Cal-Secretaría de Salud Pública Municipal	4. NIT: 600.300.011-3									
2. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL SUJETO DE CONTROL: Rodrigo Germán Calzada Vallesco										
3. JEFE PUNTO DE CONTROL: Diego Germán Calzada Vallesco										
5. PERÍODO FISCAL QUE CUBRE EL PLAN DE MEJORAMIENTO: 2012										
6. NOMBRE DE LA AUDITORIA: Auditoría Contingencia Integral a la Gestión Fiscal del Municipio de Santiago de Cal - Modalidad Regulat.										
7. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 21 de junio de 2013										
8. PERÍODO RENDIDO: 1 de julio al 31 de diciembre de 2013										
9. No. de Hallazgo	10. Descripción del Hallazgo	11. Causa del Hallazgo	12. Acción de Mejoramiento	13. Descripción de las Actividades	14. Meta	15. Fecha Iniciación de la Actividad	16. Fecha Términación de la Actividad	17. Avance de Ejecución de las Actividades	18. Porcentaje de Avance de Ejecución de las Actividades	
85	En el Centro de Zoonosis se presentan fallencias como: almacenamiento de productos como alcohol en la bodega de insecticidas y topeca de insecticidas y fumigadores, los equipos extintores de incendios no están ubicados en los sitios indicados, los insecticidas o fumigadores no están clasificados dependiendo el grado de toxicidad y algunos insumos o productos no son encasillados aislados del suelo.	Falta de organización para el correcto manejo y control de los productos existentes en el almacén de acuerdo a las exigencias técnicas y de Ley, generando combustión, un alto riesgo a la salud de las personas y animales a la hora de tener contacto o aplicar un producto determinado.	1. Identificar la bodega de almacenamiento de acuerdo a la norma de toxicidad realizando la adecuación y separación por productos	Almacen con mano aseada de insumos con sus respectivas estufas y estantes de almacenamiento.	Bodega identificada	De Inmediato	31-12-2013	Se dictaron las críticas de almacenamiento, separando los artículos de bodega, teniendo dos (2) áreas una de insumos tóxicos (plaguicidas, rodenticidas), y otra con insumos no tóxicos donde está el resto de insumos y fumigador. Las verjas o insumos biológicos se guardan en un cuarto frío.	Desde el mes de mayo de 2013, se identificó la bodega de almacenamiento, y se realizó la separación en la bodega dando así guardan insumos y materiales, separando en medida forma las producciones tóxicas del resto de productos	100%
		Mantenimiento de los insumos en el Centro de Zoonosis	2. Definir los parámetros y criterios para el almacenamiento de los productos e insumos en el Almacén	Productos e insumos identificados	De Inmediato	31-12-2013	Se dictaron las críticas de almacenamiento, separando los artículos de bodega, teniendo dos (2) áreas una de insumos tóxicos (plaguicidas, rodenticidas), y otra con insumos no tóxicos donde está el resto de insumos y fumigador. Las verjas o insumos biológicos se guardan en un cuarto frío.	Se dictaron las críticas de almacenamiento, separando los artículos de bodega, teniendo dos (2) áreas una de insumos tóxicos (plaguicidas, rodenticidas), y otra con insumos no tóxicos donde está el resto de insumos y fumigador. Las verjas o insumos biológicos se guardan en un cuarto frío.	55%	
		3. Identificar los productos, Ficha Técnica- para su clasificación y ubicación por grado de toxicidad	Productos e insumos identificados	De Inmediato	31-12-2013	Se cuenta con la clasificación de insumo de cada producto e insumo.	Se cuenta con la clasificación de insumo de cada producto e insumo.	Se cuenta con la clasificación de insumo de cada producto e insumo.	100%	
		4. Realizar el diseño e implementación de los registros de los almacenados insumos, clasificados e implementados (insumos).	Registros de los productos e insumos, clasificados e implementados	De Inmediato	31-12-2013	Se implementó el registro de marcaje de productos, incluyendo ficha técnica, ubicación para el gasto, sobre a la fecha de vencimiento etc.	Se implementó el registro de marcaje de productos, incluyendo ficha técnica, ubicación para el gasto, sobre a la fecha de vencimiento etc.	Se implementó el registro de marcaje de productos, incluyendo ficha técnica, ubicación para el gasto, sobre a la fecha de vencimiento etc.	100%	



FORMATO N° FM02 AVANCE DE PLAN DE MEJORAMIENTO

9. No. de Hallazgo	10. Descripción del Hallazgo	11. Causa del Hallazgo	12. Acción de Mejoramiento	13. Descripción de las Actividades	14. Meta	15. Fecha Iniciación de la Actividad	16. Fecha Terminación de la Actividad	17. Avance de Ejecución de las Actividades	18. Porcentaje de Avance de Ejecución de las Actividades
				1. Determinar los procedimientos que se realizan en el Centro de Zoonosis, con sus respectivos protocolos, e implementar las normas de bioseguridad.	Plan de manejo de residuos y de bioseguridad, con procedimientos elaborados e implementados.	De Inmediato	31-12-2013	En trabajo realizado desde el mes de marzo de 2013, se logró elaborar el Plan de Manejo de Residuos en el Centro de Zoonosis.	100%
				2. Gestión de la disposición final de los residuos, generando los registros necesarios para cada procedimiento.	Proyecto de almacenamiento implementando, con sus respectivas formas de entrega RH1	De Inmediato	31-12-2013	Se inició el proceso de construcción de las Unidades Técnicas de Almacenamiento de Residuos -UTAR- Isolados Y Biodegradables en el Centro de Zoonosis, los cuales se terminarán en el mes de febrero de 2014.	90%
				3. Crear un grupo interno de trabajo PGIRSH en el Centro de Zoonosis, concretándose a un posible riesgo a la salud de las personas que laboran en el Centro y la comunidad en general.	Grupo de trabajo del Centro de Zoonosis, para gestión de residuos, unido al Comité de Riesgo.	De Inmediato	31-12-2013	Se cuenta con un grupo interno de trabajo para el manejo del PGIRSH, liderado por los funcionarios Warner Gómez y Juan Jairo Martínez, el cual está integrado al Comité PGIRS del Nivel Central.	100%
			4. Realizar la solicitud de modificación del Comité de Gestión Integral de Residuos No 0349	Resolución No. 0349 modificada	Da Inmediato	31-12-2013	Mediante Acta de Reunión No. 13 del 24 de julio de 2013, el Comité del Programa de Gestión Integral de Residuos Sustituto de la SSIM, decidió que se incluyan en el trámite operativo del Comité, el personal designado perteneciente al Centro de Zoonosis, Deaguay y Laboratorios de la SSIM, sin la necesidad de modificar la Resolución 0349. A partir del 22 de agosto de 2013 (Acta No. 14), se inició la participación de los representantes en reunión.	100%	

FORMATO N° PM02 AVANCE DE PLAN DE MEJORAMIENTO

CONTINUACIÓN

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: Municipio de Santiago de Cali-Secretaría de Salud Pública Municipal.	4. NIT: 390 359 01-3
2. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL SUJETO DE CONTROL: Rodrigo Guillermo Vélez Co	
3. JEFE PUNTO DE CONTROL: Diego German Calzado Llanos	
5. PERÍODO FISCAL QUE CUBRE EL PLAN DE MEJORAMIENTO: 2012	
6. NOMBRE DE LA AUDITORIA: Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral a la Gestión Fiscal del Municipio de Santiago de Cali - Modulo Régimen	
7. FECHA DE SUSCRIPCION: 21 de junio de 2013	
8. PERÍODO RENDERIDO: 1 de julio al 31 de diciembre del 2013	

9. No. de Hallazgo	10. Descripción del Hallazgo	11. Causa del Hallazgo	12. Acción de Mejoramiento	13. Descripción de las Actividades	14. Meta	15. Fecha Iniciación de la Actividad	16. Fechas Terminación de la Actividad	17. Avance de Ejecución de las Actividades	18. Porcentaje de Avance de Ejecución de las Actividades
9.1	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de los riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de los riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	1. Ajustar planes de control en las diferentes Subprocesos Identificados en el Proceso Servicio de Salud Pública	4 planes de control	Junio 4 de 2013	Diciembre 31 de 2013	Se elaboró y ajustó el Plan de Control del Subproceso Articulación y Coordinación de la Función Rectora en Salud. Se está en el proceso de elaboración y ajuste de los demás Planes de Control	25%	
9.2	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	2. Ajustar el contexto estratégico del Proceso Servicio de Salud Pública, conforme a la metodología contemplada por la autorizada por la unidad.	1 contexto estratégico	Junio 4 de 2013	Diciembre 31 de 2013	Se ajustó el Contexto Estratégico del Proceso Servicio de Salud Pública, conforme a la metodología autorizada por la unidad. Presentándose al Departamento Administrativo de Planeación Municipal.	100%	
9.3	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	3. Ajustar el mapa de riesgos del Proceso Servicio de Salud Pública, conforme a la metodología autorizada por la entidad.	1 mapa de riesgo	Junio 4 de 2013	Diciembre 31 de 2013	Se ajustó el Mapa de Riesgos del Proceso Servicio de Salud Pública, conforme a la metodología autorizada por la entidad. Presentándose al Departamento Administrativo de Planeación Municipal.	100%	
9.4	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	4. Implementar acciones de control y tratamiento del riesgo.	1 mapa de riesgo implementado	Junio 4 de 2013	Diciembre 31 de 2013	Se inició la implementación de las acciones de control y tratamiento del riesgo con la socialización del Mapa de Riesgo y las acciones de control y tratamiento asignadas responsables por cada una de las mismas. Se ha realizado seguimiento con relación al avance de las acciones definidas para la vigencia 2013.	40%	
9.5	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	En la SSPM no existen informes periódicos sobre la administración de riesgos. El mapa de riesgos no permite determinar el nivel de exposición, ni existe evolución de los resultados frente a la política de administración de riesgos. Asimismo, no existen acciones de mejora. Ni corrección a partir de la valoración del riesgo y no se tienen identificados en los próximos los activos de control preventivos.	5. Realizar seguimiento a la efectiva de las acciones de control y tratamiento del riesgo, conforme a períodos de seguimiento que se establecen en el formato de mapa de riesgo del Proceso Servicio de Salud Pública.	1 seguimiento a la ejecución de las acciones de control del riesgo	Junio 4 de 2013	Diciembre 31 de 2013	Se solicita a cada uno de los responsables de las acciones de control y tratamiento del Mapa de Riesgos, el avance de dichas acciones. Se está en el proceso de monitoreo la efectiva de las acciones de control y tratamiento del riesgo, teniendo en cuenta que en el 2013 se realizó el ajuste de los Subprocesos y Procedimientos del Proceso Servicio de Salud Pública y para el 2014 inicia su implementación.	30%	

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: Municipio de Santiago de Cali - Secretaría de Salud Pública Municipal
2. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL SUJETO DE CONTROL: Rodrigo Gómez Velasco
3. JEFE PUNTO DE CONTROL: Diego Cárdenas Cañero Llano
4. PERÍODO FISCAL QUE CUBRE EL PLAN DE MEJORAMIENTO: 2012
5. NOMBRE DE LA AUDITORÍA: Auditoría Gobernamental con Enfoque Integral a la Eficacia Fiscal del Municipio de Santiago de Cali - Modalidad Regular
6. FECHA DE SUSCRICIÓN: 21 de julio de 2013

7. PERÍODO RENDIDO: 1 de julio al 31 de diciembre de 2013

9. Nro. de Hallazgo	10. Descripción del Hallazgo	11. Causa del Hallazgo	12. Acción de Mejoramiento	13. Descripción de las Actividades	14. Meta	15. Fecha Iniciación de la Actividad	16. Fecha Terminación de la Actividad	17. Avance de Ejecución de las Actividades	18. Porcentaje de Avance de Ejecución de las Actividades
92	Se evidencio que la SSPM, cumplió en un 88,3%, el Plan de Acción de la vigencia 2012, debido a que de 15 metas, se cumplieron parcialmente 4 metas, y no cumplió 4, lo cual va en contra de lo establecido inicialmente en dicho Plan.	No se tuvo en cuenta la capacidad de administración ejecución de los recursos financieros a los que es posible acceder, ocasionalmente a diciembre de 2012, no se alcanzaron las metas programadas en el Plan de Desarrollo 2012-2015 y no se cubrieron oportunamente las necesidades de la comunidad.	Realizar la planeación de los proyectos de inversión para dar cumplimiento a las metas del Plan de Desarrollo, teniendo en cuenta la capacidad de la administración, llevando en cuenta la administración, la oportunidad de las recursos financieros y los tiempos de contratación. Lo anterior generó que se cumpliera el Plan de Acción en un 85%	Realizar la planeación de los proyectos de inversión para dar cumplimiento a las metas del Plan de Desarrollo, teniendo en cuenta la capacidad de la administración, llevando en cuenta la administración, la oportunidad de las recursos financieros y los tiempos de contratación.	Garantizar el cumplimiento de las metas del Plan de Acción, garantizar el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo, teniendo en cuenta la capacidad de la administración, la oportunidad de las recursos financieros y los tiempos de contratación.	Plan de Acción Cumplido	De Inmediato	31-12-2013	100%

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: Municipio de Santiago de Cali-Secretaría de Salud Pública Municipal							4. NIT: 800 395 011-3		
2. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL SUJETO DE CONTROL: Rodrigo Gómez Vélez							3. JEFÉ PUNTO DE CONTROL: Diego Germán Cabral Llaves.		
5. PERÍODO FISCAL QUE CUBRE EL PLAN DE MEJORAMIENTO: 2012							6. NOMBRE DE LA AUDITORÍA: Auditoría Gubernamental o Enfoque Integral a la Gestión Fiscal del Municipio de Santiago de Cali - Mandoaré Región.		
7. FECHA DE SUSCRICIÓN: 24 de junio de 2013							8. PERÍODO RENDIDO: 1 de julio al 31 de diciembre de 2013		
9. Nro. de Hallazgo	10. Descripción del Hallazgo	11. Causa del Hallazgo	12. Acción de Mejoramiento	13. Descripción de las Actividades	14. Meta	15. Fecha Iniciación de la Actividad	16. Fecha Terminación de la Actividad	17. Avance de Ejecución de las Actividades	18. Porcentaje de Avance de Ejecución de las Actividades
				1. Establecer un tiempo determinado para la identificación de los vehículos que reflejan los extractos bancarios por consignaciones realizadas por diferentes entidades del Nivel Central, Departamental o Municipal, lo cual no pueda superar los 20 días a partir del retiro de los recursos en las Cuantías Maestras.		De Inmediato	21-06-2013		
24 AGED 2011	Recursos asignados por el MSPS a través de la Resolución No. 2430 del 2011 por \$210,000.000 pesos el programa de "Fortalecimiento de las Atenciones de las PRICESPA y su impacto" recursos que ingresaron a la Cuenta Maestra Salud Pública Colectiva el 1 de agosto de 2011, certificados por la Contraloría General del País a través del documento No. 068-2011 del 9 de septiembre de 2011 para iniciar proceso de adición al proyecto de P&P y ser incorporado al presupuesto de la SSFM. Se evidenció que dicha acción no se efectuó a 31 de diciembre del 2011 quedando para la vigencia 2012.	No se realiza oportunamente la identificación de algunos recursos que llegan a las cuentas maestras.	2. Sección al Departamento Administrativo de Hacienda Municipal-Cortadura Municipal del Municipio, por parte del Grupo Financiero de la SSFM, en un tiempo no mayor a 3 días, el Certificado de Adición Presupuestal, una vez identificado el recurso	Identificar oportunamente los recursos.	Recurso 100% Identificado.	De Inmediato	21-06-2013	Se solicitó al Departamento Administrativo de Hacienda Municipal-Cortadura General del Municipio, los Certificados de Adición Presupuestal, dentro de los 3 días siguientes a la identificación del recurso. Lo anterior es evidencia en los registros contables y de archivo del Grupo Financiero de la SSFM.	100%
			3. Entregar al Secretario de Salud Pública Municipal, al Grupo de Planeación y Al Área correspondiente, los Certificados de Adición Presupuestal, para que inicie el proceso de la aprobación.			De Inmediato	21-06-2013	Se entregó al Secretario de Salud Pública Municipal, al Grupo de Planeación y al Área correspondiente, los Certificados de Adición Presupuestal expedidos por el Departamento Administrativo de Hacienda Municipal-Cortadura General del Municipio. La anterior se evidencia en el archivo del Grupo de Planeación y del Grupo Financiero de la SSFM.	100%

FORMATO N° PM02 AVANCE DE PLAN DE MEJORAMIENTO

CONTRALORÍA
ESTADO DE MÉXICO

1. NOMBRE DE LA ENTIDAD: Municipio de Santiago de Cal-Secretaría de Salud Pública Municipal
4. NIT: 090.399.01-9
2. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL SUJETO DE CONTROL: Rodrigo Guzmán Velasco
3. JEFE PUNTO DE CONTROL: Diego Germán Cárdenas Jiménez
5. PERÍODO FISCAL QUE CUBRE EL PLAN DE MEJORAMIENTO: 2012
6. NOMBRE DE LA AUDITORIA: Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral a la Gestión Fiscal del Municipio de Santiago de Cal - Medición Riesgo.
7. FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 21 de junio de 2013
8. PERÍODO RENDIDO: 1 de julio al 31 de diciembre de 2013

9. Nro. de Hallazgo	10. Descripción del Hallazgo	11. Causa del Hallazgo	12. Acción de Mejoramiento	13. Descripción de las Actividades	14. Meta	15. Fecha Iniciación de la Actividad	16. Fecha Terminación de la Actividad	17. Avance de Ejecución de las Actividades	18. Porcentaje de Avance de Ejecución de las Actividades
9.	Actividades del Contraloría, que a pesar de encontrarse recogidas en los informes, no se encuentran superadas en actas, constancias o certificaciones. La labor de supervisión presenta debilidades y falta de control en la delegación. Se debe cumplir con el objeto del control y las obligaciones pactadas conforme a la propuesta inicial. De igual modo, deben existir de forma clara y precisa evidencias de las actividades efectuadas y entrega de productos dentro del plazo de ejecución	Aeromatizadas en la Dirección Ejecución y Supervisión, Adquisición de Bienes, Obras y Servicios.	Garanizar la correcta planeación y ejecución de las etapas del proceso de intervención y supervisión.	Contratos cuya intervención o supervisión está acorde con el Manual de Implementación del Manual de Intervención y Supervisión de Contratación.	Delegado	21-08-2013	31-12-2013	El Manual de Intervención y Supervisión fue aprobado mediante Resolución No. 4745.0.21.553 del 31 de diciembre de 2013, el cual fue revisado a la luz de la nueva norma de Contratación Decreto 1510 de julio 17 de 2013, en el transcurso del segundo semestre del año. La implementación de dicho Manual se llevará a cabo en la vigencia 2014. Sin embargo, se realizaron capacitaciones a los supervisores e intervinientes sobre la metodología para realizar la Supervisión en las diferentes modalidades de Contratación.	70%
10.	Todos los informes de supervisión y evaluación realizados por la Contraloría, así como los informes de auditoría externa, reflejan que el Municipio de Santiago de Cal no cumple con la normatividad establecida en la legislación federal y estatal, lo que impide la ejecución de las acciones de mejora propuestas en el Plan de Mejoramiento.	15. Total del porcentaje de avance del Plan de Mejoramiento:	88%		Firma digital del Punto de Control				