

Bogotá 21 de diciembre de 2021

Al contestar por favor cite:2021110011701-1



05GIS15 – V5 Página 1 de 1

Doctor
JOSE JAIME PINZON RIAÑO
Director Financiero
SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA
Directora Administrativa
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Directora Científica
NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO
Directora Atención al Usuario
JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO
Director hospital Regional de Zipaquirá
NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
Jefe Oficina Asesora Jurídica
YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
ANA CAROLINA SERNA RUBIO
Coordinadora Unidad Funcional Zipaquirá
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORÍA CONTROL INTERNO (HALLAZGO 8) – A NOVIEMBRE 30 DE 2021

Cordial Saludo.

Dada la importancia de hacer seguimiento a las Recomendaciones, Observaciones y/o Hallazgos dejados en cada uno de los informes de Auditoría Interna realizados desde Agosto 01 a Noviembre 30 de 2021 y los cuales se encuentran publicados en la página Web del hospital e igualmente para atender el Hallazgo No.8 dejado en Auditoría realizada por la Contraloría de Cundinamarca, se realizó con cada uno de los responsables de los procesos auditados la presente Auditoría para seguimiento y revisión en formato Excel entregado, para determinar si fueron incluidos como plan de mejora o en su defecto que actividades realizaron para subsanar la observación y/o hallazgo.

Por lo anterior se envía el Informe respectivo para su conocimiento y fines pertinentes

Nota: Se anexa 9 folios

Cordialmente,



YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS - Gerente



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada”

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSION: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA, INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
NIT. 899.999.032-5**

**INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE
FUENTE AUDITORÍA CONTROL INTERNO (HALLAZGO 8) – A NOVIEMBRE 30 DE 2021**

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, DICIEMBRE DE 2021

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN:
1.0

**FORMATO: INFORME AUDITORIA
INTERNA INDEPENDIENTE**

CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1

INDICE

1. ASPECTOS GENERALES	
1.1. Objetivo de la Auditoría	3
1.2. Antecedentes de la Auditoría	3
1.3. Alcance de la Auditoria	3
1.4. Metodología de la Auditoria	3
1.5. Base Legal	4
2. RIESGOS UIDENTIFICADOS POR LOS PROCESOS	5
3. RESULTADO DE LA REVISION Y SEGUIMIENTO	5
4. CONCLUSIONES	7
5. RECOMENDACIONES	7

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Verificar el cumplimiento de las Recomendaciones, Observaciones y/o Hallazgos de las Auditorías desde Agosto 01 hasta Noviembre 30 de 2021 y verificación de la publicación en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" de los Planes de Mejoramiento por parte de los Responsables de los Procesos de acuerdo al procedimiento identificado con código 02GC03-V8 "FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE PUMP, publicado el 14 de Septiembre de 2021.

1.2. ANTECEDENTES DE LA AUDITORÍA

Dada la importancia de hacer seguimiento a las Recomendaciones, Observaciones y/o Hallazgos relacionados en cada uno de los informes de Auditoria Interna realizados durante la vigencia 2021, Auditorías que se encuentran publicadas en la página Web del hospital e igualmente atienden el Hallazgo No.8 descrito en Auditoria realizada por la Contraloría de Cundinamarca, por lo que se hizo necesario realizar un cronograma de actividades de revisión con cada uno de los responsables de los procesos auditados para determinar si fueron incluidos como plan de mejora o en su defecto que actividades realizaron para subsanar la observación y/o hallazgo.

1.3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Fortalecer el cumplimiento del procedimiento "FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DEL PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESOS, identificado con código 02GC03-V8, conforme a la estrategia No.8 del Plan de Mejoramiento de la Auditoria Gubernamental con enfoque integral realizada por la Contraloría de Cundinamarca a la ESE Hospital Universitario de la Samaritana correspondiente a la vigencia 2019.

1.4. METODOLOGIA DE LA AUDITORÍA

En ejercicio de la Auditoria Independiente la Oficina Asesora de Control Interno se realizara el presente Informe de Auditoría que comprende la revisión de cada una de las Observaciones y/o Hallazgos relacionados en los Informes de Auditorías realizados desde Agosto 01 hasta Noviembre 30 de 2021, partiendo del diligenciamiento de la información entregada en archivo Excel para cada uno de los responsables de proceso, con base al archivo se realiza un análisis de la gestión realizada a cada una de las Recomendaciones, Observaciones y/o Hallazgos frente a la normatividad y a lo

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

establecido en el procedimiento referenciado con código 02GC03-V8 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

1.5.BASE LEGAL

Se realizó atendiendo lo dispuesto en la siguiente normatividad, así:

- **Constitución Política de Colombia de 1991**
- **Ley 87 de 1993** – “Por la cual se establece normas para el ejercicio de Control Interno en las entidades y organismos del Estado” donde estableció que todas las entidades públicas debían organizar e implementar sus propios procedimientos de evaluación y autoevaluación.
- **Decreto 1537 de 2001** – Donde se establece una serie de elementos técnicos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública.
- **Decreto 1599 de 2005** – “Por medio de la cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 para todas las entidades del Estado.
- **Ley 1474 de 2011** – “Por la cual se dictan Normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de los actos de corrupción y la efectividad del Control de la Gestión pública”.
- **Decreto 943 de 2014** – “Por la cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI para el Estado Colombiano”.
- **Circular Reglamentaria No.001 de Febrero de 2014** – Que tiene como asunto la Implementación de los Planes de Mejoramiento e Instructivo.
- **Decreto 1083 de 2015** – “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.
- **Decreto 648 de 2017** – “Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamento Único del Sector de la Función Pública”.
- **Resolución D.C. No.0049 de Febrero 20 de 2017** – “Por medio del cual se establece el Procedimiento para la elaboración y presentación de los Planes de Mejoramiento de los sujetos de Control de la Contraloría de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones”.
- **Resolución D.C. No.0330 de Agosto 04 de 2019** – “Por medio del cual se modifica el Artículo 5° de la Resolución D.C. No.0049 de 2017 de la Contraloría de Cundinamarca”.
- **Resolución D.C. No.0031 de Enero 30 de 2019** – “Por medio del cual se modifica el Artículo 7° de la Resolución D.C. No.0049 de 2017 de la Contraloría de Cundinamarca”.
- **Resolución D.C. No.0045 de Enero 20 de 2021** – “Por medio del cual se reglamenta la rendición de la cuenta e informes, su revisión y se dictan otras disposiciones”.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

2. RIESGOS IDENTIFICADOS POR LOS PROCESOS

Siendo los seguimientos una actividad independiente de Control Interno que comprende el análisis y evaluaciones de los resultados de las acciones de gestión de los procesos y siendo la responsabilidad del auditor identificar un factor de riesgo para alcanzar el objetivo del control en el presente informe de Auditoria, basados en las respuestas a las solicitudes de información se identificó y articuló con cada uno de los seguimientos, tomando la Matriz Institucional de Riesgos 2021, publicada en el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" en Mayo 20 de 2021, Mapa de Riesgos de Corrupción 2021, publicado en el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" en Mayo 20 de 2021. Matrices que se encuentran vigentes al momento de realizar la presente Auditoria.

Se advierte que de la Matriz Institucional de Riesgo 2021, que contiene ciento cuarenta y seis (146) riesgos con sus controles, en el presente Informe de Auditoria se articulan con siete (7) riesgos, es decir, el 5% de los riesgos del Sistema Estratégico.

En cuanto a la Matriz de Riesgo de Corrupción 2021, NO se ha identificado y/o articulado directamente algún riesgo de corrupción.

3. RESULTADO DE LA REVISION Y SEGUIMEINTO

Dada la importancia de hacer seguimiento a las Recomendaciones, Observaciones y/o Hallazgos dejados en cada uno de los informes de Auditoria Interna realizados desde Agosto 01 a Noviembre 30 de 2021 y los cuales se encuentran publicados en la página Web del hospital e igualmente para atender el Hallazgo No.8 relacionado en Auditoria realizada por la Contraloría de Cundinamarca, se hizo necesario realizar el presente Informe de Auditoria con cada uno de los responsables de los procesos auditados para determinar si las Recomendaciones, Observaciones y/o Hallazgos fueron incluidos como plan de mejora o en su defecto que actividades se realizaron para subsanar la recomendación, observación y/o hallazgo, así mismo con el resultado obtenido producto de la revisión y seguimiento poder registrarlo en un indicador a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno.

La metodología de trabajo fue el envío inicialmente del listado de los Informes de Auditoría realizadas dentro del periodo de Agosto 01 a Noviembre 30 de 2021 junto con un formato Excel por correo electrónico donde además de indicarles el nombre del Informe de Auditoria se listan allí las recomendaciones, observaciones y/o hallazgos para que diligenciaran las actividades realizadas, sea como Plan de Mejoramiento o para subsanar la recomendación u observación relacionada.

En la estructura del formato se solicitaba que fuera diligenciado lo siguiente: Se solicitó a cada uno de los responsables de los procesos auditados indicar si las recomendaciones, observaciones y/o hallazgos producto de la Auditorías requirió un plan de mejora (Si o No), mencionar que actividades realizó, si las recomendaciones, observaciones y/o hallazgos no requirieron Plan de Mejora informar como las subsanaron y mencionaran que soportes quedaron como evidencia a las actividades realizadas, adicionalmente en el formato se indica que enuncien el ID o número con el cual se identifica el Plan de Mejoramiento en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA"

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

La revisión y seguimiento se realizó a ocho (8) Auditorías realizadas dentro del periodo comprendido de Agosto 01 a Noviembre 30 de 2021 y las cuales se encuentran publicadas en la Página Web del hospital, auditoría las cuales cuentan con un total de cincuenta y cuatro (53) recomendaciones de las cuales se recibió información en el formato Excel a cuarenta y uno (43) recomendaciones, de este total, Veintiuna (21) no requirieron Plan de Mejora y veintidós (22) recomendaciones están con Plan de Mejora, Diez (10) NO fueron atendidas las recomendaciones por consiguiente no tienen un responsable y corresponde al 19% del total de Recomendaciones presentadas en las Auditorías Finales.

Las siguientes Auditorías relacionadas tienen recomendaciones no atendidas de manera total o parcial:

- a. Auditoría para la verificación del cumplimiento de lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el Covid 19 a nivel Prestadores de Servicios de Salud, con Tres (3) Recomendaciones no atendidas.
- b. Informe de revisión y seguimiento a las Observaciones y/o Hallazgos como fuente de Auditoría Control Interno Hallazgo #8 A Noviembre 2021 #4 con seis (6) Recomendaciones no atendidas.
- c. Auditoría para rendir Informe del estado de implementación del MECI II, con una (1) Recomendación no atendida.

No. AUDITORIA	NOMBRE DE LA AUDITORIA	NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORIAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%
12	AUDITORIA PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACION CONTRA EL COVID 19 A NIVEL PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	3	0	0%	0	0%	3	100%
13	AUDITORIA ARQUEOS RECURSOS PUBLICOS	5	5	100%	3	60%	0	0%
14	AUDITORIA FACTURACION CARTERA INGRESOS ABIERTOS A 31 DE JULIO DE 2021	4	4	100%	1	25%	0	0%
15	INFORME DE REVISION Y SEGUIMIENTO A LAS OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS COMO FUENTE DE AUDITORIA CONTROL INTERNO HALLAZGO #8 A NOVIEMBRE 2021 #4	12	6	50%	1	8%	6	50%
16	AUDITORIA GESTION DOCUMENTAL	8	8	100%	4	50%	0	0%
17	SEGUIMIENTO A RIESGOS Y CONTROLES ANÁLISIS DE RIESGOS Y CONTROLES DE CORRUPCIÓN 2021	12	12	100%	11	92%	0	0%
18	AUDITORIA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI II	2	1	50%	0	0%	1	50%
19	INFORME AUDITORIA GESTIÓN PQRSO A AGOSTO 31 DE 2021 SEDES DE BOGOTÁ Y ZIPAQUIRÁ	7	7	100%	2	29%	0	0%
TOTAL		53	43	81%	22	42%	10	19%

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

4. CONCLUSIONES

En la revisión y seguimiento que se realizó en la presente Informe de Auditoría a las ocho (8) Auditorías realizadas dentro del periodo comprendido de Agosto 01 a Noviembre 30 de 2021, las cuales tienen un total de cincuenta y cuatro (53) recomendaciones, donde el 81% de estas recomendaciones fueron gestionadas y el 19% restante NO se gestionaron, es decir no hubo un responsable para las recomendaciones.

Se generaron Planes de Mejora al 42% de las recomendaciones gestionadas y estos se encuentran publicados en el Aplicativo de gestión Integral "ALMERA".

5. RECOMENDACIONES

- a. Las Diez (10) recomendaciones NO Atendidos en el presente Informe de Auditoria y que no tienen responsable de proceso serán verificados en la próxima revisión y seguimiento que se realizara con las auditorias del año inmediatamente siguiente, las cuales se detallan a continuación:

NÚMERO DE AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORIA	RECOMENDACIONES
12	AUDITORIA PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID 19 A NIVEL PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	Septiembre 3 de 2021	<p>Evidenciada perdida de biológicos, se sugiere se revisen y socialicen los procedimientos, controles y protocolos creados para la actividad de control de vacunación COVID-19 en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana como lineamientos institucionales incluyendo las sedes de Zipaquirá, adicionalmente se revise la Matriz de Riesgos de corrupción y la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 en cuanto a lo que hace referencia de la custodia de biológicos e insumos.</p> <p>Informar y/o publicar oportunamente cualquier hecho que transgreda el desarrollo normal de los procedimientos del Plan Nacional de Vacunación en la Unidad Funcional y el Hospital Regional de Zipaquirá.</p> <p>Dar aplicabilidad a la norma por la cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID 19, tomando como referencia los lineamientos del Departamento de Cundinamarca y el Municipio de Zipaquirá, haciendo claridad la aplicabilidad al Decreto 109, Artículo 20, Numeral 220.26. <u>Notificar por escrito de manera inmediata al Ministerio de Salud y Protección Social, si a ello hubiera lugar, la perdida de vacunas o insumos del Plan Nacional de Vacunación; iniciar la correspondiente investigación, administrativa por parte de control interno, o quien haga sus veces en la entidad implicada, de lo cual deberá enviar un informe al Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p>

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

NÚMERO DE AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORIA	FECHA DE INFORME AUDITORIA	RECOMENDACIONES
15	INFORME DE REVISION Y SEGUIMIENTO A LAS OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS COMO FUENTE DE AUDITORIA CONTROL INTERNO HALLAZGO #8 A NOVIEMBRE 2021 #3	Septiembre 8 de 2021	<p>AUDITORÍA 2. INFORME DE AUSTERIDAD DEL GASTO 2020 2. Como consecuencia del uso y manejo de recursos públicos, se deberá iniciar en los casos que corresponda y como consecuencia de las actuaciones como servidores públicos las investigaciones administrativas y/o disciplinarias a que haya lugar.</p> <p>6. Los programas de ahorro y uso de energía, ahorro y uso eficiente de agua y programa de reciclaje deberán revisarse y establecer metas de acuerdo a las estadísticas históricas vigentes.</p> <p>7. Las sumas por concepto de multas, sanciones e intereses de mora, entre entidades u organismos públicos, no es calificado como un gasto o transferencia de recursos, sino como un gasto injustificado que surge del incumplimiento de las funciones; por lo que se debe realizar una investigación administrativa ya que se encuentra la afectación del manejo de los recursos públicos que lesionan el patrimonio de la E.S.E. y como consecuencia la investigación administrativa debe conducir a resarcir el daño.</p> <p>9. Para la elaboración del Plan de mejoramiento de austeridad del gasto se deben tener en cuenta variables como la puesta en funcionamiento del Hospital Regional de Zipaquirá, el cual implicó entre otras cosas la vinculación de 613 personas.</p> <p>AUDITORÍA 11. INFORME DE SEGUIMIENTOS A PROCESOS INSTITUCIONALES Y LOS RIESGOS ASOCIADOS – VIGENCIA 2021 1. Se sugiere a la Subdirección de Desarrollo del Recurso Humano MEDIR ADHERENCIA de los Procedimientos de Entrenamiento en el Puesto de Trabajo y Acuerdos de Gestión, como también MEDIR el impacto en el desarrollo de las funciones de los servidores públicos. (Observación y/o Hallazgo de Informe Auditoria vigencia pasada).</p> <p>4. No se pudo evidenciar donde se puede consultar el seguimiento que se realiza al cumplimiento y trazabilidad de las directrices que imparte la Junta Directiva del Hospital en las reuniones y que se encuentran plasmadas en actas, por lo que se sugiere incluir en el plan de mejoramiento de Direccionamiento Estratégico, toda vez que en la respuesta entregada se menciona es quien custodia las actas y NO donde se puede realizar su consulta para verificar el seguimiento al cumplimiento de directrices a falta de una herramienta de trazabilidad. (Observación y/o Hallazgo de Informe Auditoria vigencia pasada).</p>
18	AUDITORIA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECII	Octubre 7 de 2021	Dado que los resultados de esta autoevaluación resultan de la aplicación de una encuesta a los responsables de procesos entre directores, subdirectores, líderes de proyecto, profesionales que lideran cada uno de los procesos de la E.S.E.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

SOLICITUD: Las Observaciones y/o Hallazgos registrados anteriormente en este Informe de Auditoria, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmados conforme se enuncian, no deben ser modificados de manera total ni parcialmente.

El presente Informe de Auditoria es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio Web y la Intranet de propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, si bien es cierto que la información es de responsabilidad de cada uno de los funcionarios públicos, NO es de carácter individual ni personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados y los Planes de Mejoramiento a que dé lugar son de carácter Institucional.


YETICA JHANSVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Diciembre 20 de 2021