

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

AUDITORIA DE GESTION DOCUMENTAL

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, OCTUBRE de 2021

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, located in the bottom right corner of the page.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

1. OBJETIVO

Objetivo General

Evaluar el proceso de Gestión de la información en lo correspondiente a la Gestión Documental e la E.S.E.

Objetivos Específicos

- Comprobar la plataforma estratégica - la matriz de legalidad - Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Verificar la Gestión de Riesgos del proceso.
- Revisar Indicadores del Plan de mejoramiento PINAR 2021
- Revisión operación aplicativo ORFEO.

2. MARCO LEGAL

- LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA ART.15, 20, 27, 71, 74, 112,116, 209, 269.
- LEY 87 DE 1993 LEY 962 DE 2005
- LEY 80 de 1989, LEY 190 DE 1995
- LEY 594 DE 2000 LEY 1474 DE 2011
- LEY 1581 DE 2012 LEY 1712 DE 2014
- DECRETO 1382 DE 1995. DECRETO 19 DE 2012
- DECRETO 2578 DE 2012 DECRETO 2609 DE 2012
- DECRETO 1515 DE 2013 DECRETO 2758 DE 2013
- DECRETO 103 DE 2015 DECRETO 108 DE 2015
- DECRETO 1083 DE 2015 DECRETO 19 DE 2012
- RESOLUCIÓN 128 DE 2010
- ACUERDO AGN 07 DE 1994. ACUERDO 12 DE 1995
- ACUERDO AGN 08 DE 1995. ACUERDO AGN 11 DE 1996.
- ACUERDO AGN 048 DE 2000. ACUERDO AGN 049 DE 2000.
- ACUERDO AGN 050 DE 2000. ACUERDO AGN 060 DE 2001.
- ACUERDO 38 DE 2002 ACUERDO AGN 042 DE 2002.
- ACUERDO AGN 015 DE 2003. ACUERDO AGN 02 DE 2004.
- ACUERDO AGN 27 DE 2006 ACUERDO AGN 04 DE 2013
- ACUERDO AGN 05 DE 2013 ACUERDO AGN 02 DE 2014
- ACUERDO AGN 06 DE 2014 ACUERDO AGN 08 DE 2014
- ACUERDO AGN 3 DE 2015

3. ALCANCE

Siendo la Gestión documental un Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las E.S.E. Hospital

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Universitario de la Samaritana, el alcance esta dado desde su origen y manejo de la documentación asociado a los procedimientos , hasta el destino final, destrucción y conservación de los documentos .

4. METODOLOGIA

Teniendo en cuenta el objetivo General y objetivos específicos se desarrolla el presente informe, para ello toma como primera herramienta la normatividad de carácter Nacional e Institucional, esto con el fin de verificar el cumplimiento de acciones, actividades, planes, políticas, normas, que desarrollan en el sistema de Gestión Documental con el objetivo de informar prevenir posibles incumplimientos y riesgos que pueden afectar a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana de la Directiva presidencial 04 de 2012.

Entre otras herramientas utilizadas para el desarrollo están el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, el sistema de gestión documental ORFEO, Manuales, procedimientos, programa, planes, entre otros.

5. POLITICA

En el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, proceso de Direccionamiento Estratégico se señalan varias políticas, una de ellas es '**POR UN DOCUMENTO SEGURO**' del proceso de Direccionamiento Estratégico, nombre: POLITICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, identificada con el código de documento: 01DE15-V1, elaborado y Aprobado en julio de 2018.

6. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

La Dirección Administrativa, la Subdirección de Sistemas dentro del proceso de Gestión de la Información, a través de la Gestión Documental, aporta organización, clasificación, transferencia y disposición de sus documentos al Objetivo Estratégico de "Fortalecer la Prestación de servicios de Salud", Dentro de las competencias asignadas en el modelo de red Departamental y a "Garantizar un Sistema de Información", Integral eficiente y eficaz.

7. VERIFICACIÓN CONFORME A LA NORMATIVIDAD

TRANSVERSALIDAD DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL

La gestión documental regula los procesos estratégicos, los procesos misionales y los procesos de apoyo, en cuanto a la producción, gestión, tramite, organización, clasificación, transferencia y disposición de sus documentos, su preservación a largo plazo y valoración en cumplimiento de sus funciones, por lo que se convierten en procedimientos que pertenecen a todos los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, por lo que para su desarrollo requiere de la elaboración, implementación y seguimiento de



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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

herramientas de gestión documental, y que de acuerdo a la estructura orgánica¹ y funcional es la Subdirección de Sistemas quien tiene atribuida las competencias específicas a la *Gestión Documental*.

Para dar cumplimiento a lo ordenado en la LEY 594 DE 2000 Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones establece en el Artículo 2 AMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley comprende a la administración pública en sus diferentes niveles, las entidades privadas que cumplen funciones públicas y los demás organismos regulados por la presente ley. En el Artículo 11º. OBLIGATORIEDAD DE LA CONFORMACIÓN DE LOS ARCHIVOS PÚBLICOS. El Estado está obligado a la creación, organización, preservación y control de los archivos, teniendo en cuenta los principios de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística y en el ARTÍCULO 24. OBLIGATORIEDAD DE LAS TABLAS DE RETENCIÓN. Será obligatorio para las entidades del Estado elaborar y adoptar las respectivas tablas de retención documental; el Acuerdo 004 de 2013, por el cual se reglamenta el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención Documental; a partir de la agrupación de los documentos en series y subseries, definió los criterios mínimos requeridos para facilitar su elaboración y actualización, entre los que figuran:

Identificación y Descripción de Series y Subseries Documentales. Las series y subseries documentales que conforman una TRD se identificarán a partir de:

- a. La estructura orgánica de la entidad,
- b. Las funciones de las dependencias, y
- c. Los procesos administrativos;

Lo anterior se reitera en la Estructura de las TRD. Las tablas de retención documental se conformarán siguiendo la estructura orgánico-funcional de la entidad...

Con lo expuesto en la normatividad para las TRD, se realizó la verificación frente al Decreto No. 190 de octubre de 2007 'Por el cual se adopta el Acuerdo No. 016 de octubre 03 de 2007² de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana'....., La verificación presenta la siguiente información:

DECRETO 190 DE OCTUBRE DE 2007 / ACUERDO 016 DE OCTUBRE DE 2007 - ORGANIZACIÓN INTERNA		RESOLUCION No. 351 SEPTIEMBRE 2015 ADOPTA LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL	
COD.	AREA DE DIRECCIÓN	Código	TRD - DEPENDENCIA PRODUCTORA
1	JUNTA DIRECTIVA		
2	GERENCIA	100	GERENCIA
2,1	OFICINA DE CONTROL INTERNO	110	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
2,2	OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	140	UNIDAD DE CONTROL DISCIPLINARIO

¹ Decreto No. 190 de 2007 y/o Acuerdo No. 016 de octubre de 2007

² Acuerdo No. 016 de octubre 03 de 2007² de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana'....., en su Artículo primero Organización interna de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana ... de conformidad con la Estructura Básica establecida en el Artículo 7 de la (SIC) y los objetivos señalados en el Artículo 5 de la ordenanza 072 de 1985.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

DECRETO 190 DE OCTUBRE DE 2007 / ACUERDO 016 DE OCTUBRE DE 2007 - ORGANIZACIÓN INTERNA		RESOLUCION No. 351 SEPTIEMBRE 2015 ADOPTA LA TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL	
COD.	AREA DE DIRECCIÓN	Código	TRD - DEPENDENCIA PRODUCTORA
2,3	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTIA DE LA CALIDAD	130	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTIA DE LA CALIDAD
2,4	OFICINA ASESORA JURIDICA	120	OFICINA ASESORA JURIDICA
2,5	DIRECCION CIENTIFICA	200	SUBGERENCIA CIENTIFICA
2,6	DIRECCION ATENCION AL USUARIO	300	SUBGERENCIA DE ATENCION AL USUARIO
2,7	DIRECCION FINANCIERA	500	SUBGERENCIA FINANCIERA
2,8	DIRECCION ADMINISTRATIVA	400	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
2,5,1	SUBDIRECCION DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACIÓN	201	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Educación médica e investigación
2,5,2	SUBDIRECCION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	202	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de Ginecología y obstetricia
2,5,3	SUBDIRECCION DE CUIDADOS INTENSIVOS	203	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de cuidados intensivos
2,5,4	SUBDIRECCIÓN DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	204	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de ortopedia y traumatología.
2,5,5	SUBDIRECCION DE CIRUGIA GENERAL	205	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de cirugía general
2,5,6	SUBDIRECCION DE MEDICINA INTERNA	209	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de Medicina Interna
2,5,7	SUBDIRECCION UNIDAD QUIRURGICA	210	SUBGERENCIA CIENTIFICA -Unidad Quirúrgica
2,5,8	SUBDIRECCION DE NEUROCIRUGIA	212	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de Neurocirugía
2,5,9	SUBDIRECCION PATOLOGIA	214	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de Patología
2,5,10	SUBDIRECCION UROLOGIA	206	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de Urología
		207	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de Otorrinolaringología
		208	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de Cirugía Plástica y Maxilofacial
		211	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de imagenología e imágenes diagnosticas.
		213	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de Oftalmología
		215	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de Anestesia.
		216	SUBGERENCIA CIENTIFICA -Departamento Banco de Sangre
		217	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Departamento de rehabilitación y fisioterapia.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

DECRETO 190 DE OCTUBRE DE 2007 / ACUERDO 016 DE OCTUBRE DE 2007 - ORGANIZACIÓN INTERNA		RESOLUCION No. 351 SEPTIEMBRE 2015 ADOPTA LA TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL	
COD.	AREA DE DIRECCIÓN	Código	TRD - DEPENDENCIA PRODUCTORA
		218	SUBGERENCIA CIENTIFICA - Laboratorio clínico
2,6,1	SUBDIRECCION DE CONSULTA EXTERNA	301	SUBGERENCIA DE ATENCION AL USUARIO - Departamento de Consulta Externa
2,6,2	SUBDIRECCION DE URGENCIAS	302	SUBGERENCIA DE ATENCION AL USUARIO -Departamento de urgencias
2,6,3	SUBDIRECCIÓN ENFERMERIA	303	SUBGERENCIA DE ATENCION AL USUARIO -Departamento de enfermería
2,6,4	SUBDIRECCION ADMINISTRACION HOTELERA	304	SUBGERENCIA DE ATENCION AL USUARIO - Departamento de Administración Hotelera
2,6,5	SUBDIRECCION DE DEFENSORIA DEL USUARIO		
		305	SUBGERENCIA DE ATENCION AL USUARIO - Departamento de asesoría al usuario -Trabajo Social
2,7,1	SUBDIRECCION DE MERCADEO Y CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD	501	SUBGERENCIA FINANCIERA -Departamento de mercadeo y ventas
		501,1	SUBGERENCIA FINANCIERA -Departamento de mercadeo y ventas de salud- facturación
		501,2	SUBGERENCIA FINANCIERA - Departamento de mercadeo y ventas de salud- cartera
2,7,2	SUBDIRECCION DE CONTABILIDAD	502	SUBGERENCIA FINANCIERA - Departamento de Contabilidad
		502,1	SUBGERENCIA FINANCIERA - Departamento de Contabilidad - Presupuesto
		502,2	SUBGERENCIA FINANCIERA - Departamento de Contabilidad - Inventario.
2,7,3	SUBDIRECCION DE TESORERIA	503	SUBGERENCIA FINANCIERA - Tesorería
2,8,1	SUBDIRECCION DE DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO	402	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de Desarrollo del recurso Humano
2,8,2	SUBDIRECCION E PERSONAL	401	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de Personal
2,8,3	SUBDIRECCION DE BIENES COMPRAS Y SUMINISTROS	404	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de bienes compras y suministros.

000

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

DECRETO 190 DE OCTUBRE DE 2007 / ACUERDO 016 DE OCTUBRE DE 2007 - ORGANIZACIÓN INTERNA		RESOLUCION No. 351 SEPTIEMBRE 2015 ADOPTA LA TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL	
COD.	AREA DE DIRECCIÓN	Código	TRD - DEPENDENCIA PRODUCTORA
		404,1	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de Compras y suministros - Almacén
		404,3	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de bienes compras y suministros -farmacia
2,8,4	SUBDIRECCION DE SISTEMAS	403	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de sistemas
		405	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Coordinador área servicio de apoyo Administrativo
		406	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de mantenimiento General - Arquitectura
		406,2	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Coordinación del área de recurso tecnológico
ORGANOS DE ASESORIA Y CORDINACIÓN			
	COMISION DE PERSONAL		
	COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO		
	COMITÉ DIRECTIVO		
	COMITÉ DE ARCHIVO		

Fuente: Decreto 00190 de 2007, Resolución 351 de 2015-TRD

En el Decreto (y/o Acuerdo) la codificación es:

- La Junta directiva, la Gerencia y los órganos de asesoría y coordinación contienen un (1) dígito
- Las Oficinas registran un código de dos (2) dígitos
- Las Direcciones código de dos (2) dígitos
- Las Subdirecciones contienen como tres dígitos así: prefijo los dos (2) dígitos de la Dirección más un dígito.

En las TRD establece código de tres (3) dígitos para:

- Gerencia, oficinas, unidades, Subgerencias, Departamentos, Coordinaciones y otros.
- Los departamentos, unidades, coordinaciones y otros toman el primer dígito de la Subgerencia.
- Para algunos Departamentos (6) y coordinación (1) de Financiera y Administrativa se amplía a un cuarto dígito.
- La estructura de las TRD contiene el Departamento de Asesoría al Usuario -Trabajo Social dependiendo de la Subgerencia de Atención al Usuario.

En la estructura orgánica de la E.S.E. ni en la estructura de la estructura de TRD se observó la codificación de la Unidad Funcional Zipaquirá y el Hospital Regional de Zipaquirá.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Con la verificación desarrollada (estructura orgánica de la E.S.E. versus estructura TRD) se presenta disparidad en cuanto a la descripción de las áreas, el número de cargos así:

DECRETO No. 190 de 2007		RESOLUCION No. 351 de 2015 - TRD	
DESCRIPCION	NUMERO	DESCRIPCION	NUMERO
Junta Directiva	1		
Gerencia	1	Gerencia	1
Oficinas	4	Oficinas	3
		Unidad de Control Disciplinario	1
Direcciones	4		
Subdirecciones	22		
		Subgerencias	4
Órganos de asesoría y coordinación	4		
		Departamentos	33
		Unidad	1
		Coordinación	2
		Sin prefijo	3

Fuente: Decreto 00190 de 2007, TRD

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN GESTIÓN – MIPG

El decreto 1499 de 2017 Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión Institucional, en ella se establece en su "TÍTULO 22 - SISTEMA DE GESTIÓN- CAPÍTULO 1- ARTÍCULO 2.2.22.1.1. Sistema de Gestión. El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad. Y el ARTÍCULO 2.2.22.1.5. **Articulación y complementariedad con otros sistemas de gestión.** El Sistema de Gestión se complementa y articula, entre otros, con los Sistemas Nacional de Servicio al Ciudadano, de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información. El Sistema de Gestión será compatible con los modelos de acreditación específicos establecidos para los sectores de Educación y Salud, entre otros.

Con la expedición del decreto obliga a las entidades territoriales a implementar el Modelo Integrado de Planeación Gestión – MIPG, a través del cual se actualiza el MECI.

MIPG se estructura y opera a través de la puesta en marcha de siete (7) dimensiones a saber:

1. Talento Humano.
2. Direccionamiento Estratégico.
3. Gestión con Valores para el Resultado.
4. Evaluación para el Resultado.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

- 5. Información y Comunicación.
- 6. Gestión del Conocimiento y la Innovación.
- 7. Control Interno

La Gestión Documental hace parte de la dimensión Numero cinco "INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN" El propósito de esta dimensión es garantizar un adecuado flujo de información interna, contribuye a la adecuada organización, disposición y conservación de la información y con ello facilitar la operación y el desarrollo de las funciones y competencias, permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, esto es, la vinculada a la interacción con los ciudadanos; para tales fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

Con los resultados de la información transcrita y registrada de la E.S.E., correspondiente a la vigencia 2020 en el FURAG - Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión; establece el índice institucional con un puntaje de 67.0 de la entidad.

CódigoSigep	3635				
Entidad	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA				
Tipo de Informe	MIPG				
Orden	TERRITORIAL				
Sub orden	DEPARTAMENTAL				
Clasificación Orgánica	RAMA EJECUTIVA				
Naturaleza Jurídica	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				
Departamento	CUNDINAMARCA				
Municipio	BOGOTÁ				
Categoría municipal	ESP				
Cluster municipal	AVANZADO				
Grupo par	Avanzado - Empresa Social Del Estado - Departamental				
INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL					
	<i>Puntaje entidad</i>	<i>Quintil Grupo Par</i>	<i>Promedio Grupo Par</i>	<i>Máximo Grupo Par</i>	<i>Mínimo Grupo Par</i>
INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	67.0	3	69,8	97,8	45,8
INDICE DE LA DIMENSION DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO					
D5 Información y Comunicación	70,7	3	68,2	98,3	37,7
INDICE DE LAS POLITICAS DE GESTION Y DESEMPEÑO					
POLÍTICA 14 Gestión Documental	73,7	3	69,3	98	27,7
INDICE DETALLADO POR POLITICA					

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

I38 TRANSPARENCIA Gestión documental para el acceso a la información pública implementada	79,3				
I65 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente estratégico	78,9				
I66 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente administración de archivos	70,1				
I67 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente documental	82,9				
I68 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente tecnológico	34				
I69 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente cultural	64,4				

Fuente: Resultados MIPG Función Publica

El resultado del puntaje en la dimensión cinco - Comunicación e información para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana de la vigencia 2020 es de **70.7**, situado en el quintil 3, ligeramente superior al puntaje promedio del grupo par que es 68.2. En esta dimensión la información es considerada como un activo de la entidad para la generación de conocimiento, por lo que se hace necesario que esta se encuentre disponible, íntegra y confiable.

Siendo una de las políticas de gestión y desempeño, la Gestión Documental e identificada como: POLITICA 14 GESTION DOCUMENTAL, el resultado de la vigencia 2020 tiene un puntaje de 73.7, situado en el quintil 3 y superior en 4.4 al promedio del grupo par.

Los índices detallados por política tienen un resultado de:

- (I38) TRANSPARENCIA Gestión documental para el acceso a la información pública implementada tiene un resultado 79.3 puntos, superior al puntaje de la política de Gestión Documental.
- De la política de GESTIÓN DOCUMENTAL
 - I65 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente estratégico con un resultado de 78.9, superior al resultado de la política.
 - I66 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente administración de archivos con resultado de 70.1
 - I67 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente documental – con 82.9, resultado superior al puntaje de la política.
 - I68 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente tecnológico - con un resultado registra un puntaje de **34**, índice que demuestra gran debilidad en el componente tecnológico y que requiere una política, estrategias, directrices más agresivas tecnológicas en la Gestión Documental; este resultado se acerca al puntaje mínimo del grupo par.
 - I69 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente cultural – el índice detallado registra un puntaje de **64.4**, por debajo del promedio del grupo par, por lo que requiere generar elementos didácticos, habilidades en los servidores públicos, con razonamientos de formación y programas educativos para fomentar su conocimiento e implementación en toda la E.S.E. y generar experticia en el manejo de la Gestión Documental

non

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

RIESGOS

PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSA	CAUSA RAIZ	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO
FACTURACIÓN Y RECAUDO	<u>Posibilidad de pérdida de información o documentación debido a las fallas en los equipos informáticos</u>	No se cumple con las condiciones mínimas para la conservación del almacenamiento o de la documentación y Bases de datos de los sistemas de información.	Falta control al acceso de la información documental Fallas en los equipos informáticos	El Líder de Facturación, Trabajadores del proceso Cada vez que se soliciten documentos Verifica que las facturas y sus soportes estén disponibles y a tiempo cuando sean solicitados y Valida la solicitud apoyo gestión documental para organización, y si no se Hace la investigación de las causas de la desviación y notificar al líder de facturación	Deterioro documental, No hay disponibilidad documental Demandas, sanciones al Hospital Inoportunidad en respuestas en el reporte de información Económico
GESTIÓN DE LA CALIDAD	<u>Posibilidad de pérdida de información de la gestión documental del proceso de gestión de la calidad debido a la falta de condiciones de conservación</u>	Fallas en los equipos informáticos	No se cumple con las condiciones mínimas para la conservación del almacenamiento de la documentación y Bases de datos de los sistemas de información.	Disponibilidad Información Verificar que los documentos y sus soportes estén disponibles y a tiempo cuando sean solicitados, comparar con listado maestro de documentos. Solicitar apoyo gestión documental para organización, comparar con listado maestro de documentos. Para Tener disponible y actualizada la información. Por medio de Informe mensual de actividades, realizar Back up, enviar archivos a la nube, realizar mantenimientos programados a los sistemas. Control Perdida de documentos para lo cual se realiza seguimiento a la realización del back up, archivo de gestión organizado.	Deterioro documental No hay disponibilidad documental Demandas, sanciones económicas al Hospital Inoportunidad en respuestas en el reporte de información. Económico

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSA	CAUSA RAIZ	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Posibilidad de Pérdida y divulgación de la Información confidencial debido al inadecuado manejo de los sistemas de información	Inadecuado manejo de los sistemas de información Fallas en los equipos informáticos Desconocimiento de la información confidencial	No cumplimiento con las condiciones mínimas para la conservación del almacenamiento de la documentación y Bases de datos de los sistemas de información. Factores ambientales, físicos, y químicos No identificación de los activos de información Definición de responsables de los activos de información del HUS	<p>Control préstamo documental Verificar que los préstamos documentales hayan sido devueltos. Comparar las ficha de préstamo con el registro de Excel. Por medio de Informe mensual de actividades según los formatos de préstamo documento diligenciado y firmado por la persona que realiza el préstamo, quien lo solicita y registro en Excel para control de tiempos de préstamos documentales. Control se hace la investigación de las causas de la no entrega de los documentos para solicitarlos nuevamente</p>	Preservación digital y deterioro documental Disponibilidad documental Demandas, sanciones al Hospital Pérdida del patrimonio documental e histórico Inoportunidad en respuestas en el reporte de información Afectación de la imagen del Hospital de forma Negativa. Mala imagen institucional.
				<p>Infraestructura Al evidenciar alteraciones en las instalaciones de archivo Verificar de cumplimiento de las condiciones ambientales y físicas de almacenamiento de documentos. Verificar cumplimiento de la normatividad para custodia documental. Por medio de Registro bitácora de ingreso instalaciones de archivo sobre novedades. De lo contrario se Hace la investigación de las causas de la desviación y notificar al Director Administrativo y al Líder de Proyecto área de Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico</p>	
				<p>Infraestructura. Verificar que se realice las actividades de fumigación, control de plagas y limpieza del área. Realizar acompañamiento al personal de Lassu y empresa externa que fumiga. Por medio de Plan de trabajo (aseo), Certificación (empresa de fumigación) y registro bitácora de ingreso instalaciones de archivo sobre novedades. Control se hace la investigación de las causas de la desviación y notificar al Subdirector de Administración Hotelera</p>	

an

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

PROC ESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSA	CAUSA RAIZ	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO
/				<p>Realizar back ups Verificar que se realice back ups periódicos a las Bases de datos y a las carpetas del servidor de archivos. Revisar Indicador % de cumplimiento en la realización de Back ups programados. Por medio de Acta de entrega mensual a ente externo. De lo contrario se Hace la investigación de las causas se gestiona con el ingeniero de soporte para realizar el back up.</p> <p>Registros Físicos Verificación, en el momento de la recepción de los registros físicos generados durante el proceso de atención, organización y archivo de los registros físicos de historia clínica. Revisar los registros digitales versus los registros físicos generados. Por medio de Formato resumen de folios de la historia clínica por evento de atención. para Hacer la investigación de las causas de la desviación, notificar al área responsable de la custodia, de no solucionarse la desviación se notifica a comité de historias clínicas</p> <p>al momento de que se presente una mención relacionada con el HUS en medios/cuando los medios soliciten extraer información confidencial/cuando algún funcionario o colaborador exporta información confidencial, verificar que se está ejecutando a cabalidad el procedimiento en cada caso presentado. Verificar cumplimiento del procedimiento Comunicación de Crisis 02GIS09. Por medio de Informe de Gestión trimestral.</p> <p>Control se analiza el caso si es interno capacitar al personal sobre el procedimiento/ si es externo contactar inmediatamente al medio</p>	
/					

new

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSA	CAUSA RAIZ	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Posibilidad de pérdida de Información de Historias laborales o archivo de gestión	Fallas en los equipos informáticos o mala clasificación o almacenamiento de la información	No se cumple con las condiciones mínimas para la conservación del almacenamiento de la documentación y Bases de datos de los sistemas de información.	Disponibilidad de Información Verifica que los documentos y sus soportes estén disponibles y a tiempo cuando sean solicitados, comparar con listado maestro de documentos. Solicitar apoyo gestión documental para organización de archivo. Solo se prestan los documentos para verificación de cumplimiento, es información confidencial, Para Tener disponible la información. Por medio de Informe trimestral de actividades, realizar Back up, realizar mantenimientos programados a los sistemas., revisión de archivos documentales, solicitar apoyo gestión documental para organización de archivo, comparar con listado maestro de documentos. Revisión de tablas de retención documental. Realiza seguimiento a la realización del back up.	Deterioro documental No hay disponibilidad documental Demandas, sanciones económicas al Hospital Inoportunidad en respuestas en el reporte de información Económico
GESTIÓN FINANCIERA	Posibilidad en la pérdida de la información digital de respaldo debido a las fallas en controles de manejo de la información digital	Fallas en los controles del manejo de la información digital	Fallas inadecuadas en la disponibilidad de la información documental que se almacena de manera digital	Conservación de la información El referente de la Dirección Financiera realiza back up de manera semanal de la información generada en la Dirección Financiera en disco externo con el fin de para conservar la información generada en Dirección Financiera y manejo de carpetas de respaldo, En caso de evidenciarse una posible pérdida de la información digital. Por medio de Planilla de control	Perdida de la información financiera y contable en carpeta de respaldos. Económico

Fuente: Matriz de Riesgos Institucionales 2021- Proceso Direccionamiento Estratégico

De la matriz de riesgos Institucional 2021 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se identificaron los riesgos asociados a la Gestión documental, encontrando:

- Cinco (5) riesgos asociados, a los procesos de apoyo y son: a) Facturación y recaudo, b) Gestión de la calidad, c) Gestión de la información, d) gestión del Talento Humano y e) gestión Financiera.
- Todos los riesgos (5) asociados a la gestión documental están orientados a: POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN, de documentación, de historias laborales y de la información digital; en ninguno de los riesgos se establece la etapa del sistema de gestión documental, lo que hace permeable, vulnerable y sensible la custodia, conservación y seguridad de la gestión documental en la E.S.E. Hospital Samaritana; y expuesta permanentemente a la materialización de estos riesgos.

QW

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

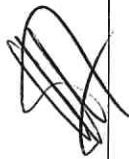
CODIGO DEL DOCUMENTO:

- Entre las causas (causa raíz y Causa) de los riesgos, se reconocen como transversales las siguientes: "No se cumple con las condiciones mínimas para la conservación del almacenamiento de la documentación y Bases de datos de los sistemas de información", causa que se reitera y es común en cuatro (4) de los riesgos asociados a la Gestión Documental. Otra causa que se reitera es: 'Fallas en los equipos informáticos' lo mismo que el anterior es causa que se reitera de tres (3) riesgos relacionados con la gestión documental; otras causas de los riesgos son: 'Falta control al acceso de la información documentales', 'Factores ambientales, físicos y químicos', 'No identificación de los activos de información', 'Definición de responsables de los activos de información del HUS', ' mala clasificación o almacenamiento de la información', 'Fallas en los controles del manejo de la información digital'.
- La zona de riesgo inherente de estos riesgos está situada en el nivel MODERADO, el riesgo asociado al proceso de Gestión de la Información - 'Posibilidad de Pérdida y divulgación de la Información confidencial debido al inadecuado manejo de los sistemas de información' -, por cada una de los controles ubica una zona de riesgo inherente entre MODERADO Y BAJO.
- Cuatro (4) de los riesgos asociados a la gestión documental, contienen un control, el riesgo identificado dentro del proceso de Gestión de la información contiene seis (6) controles.
- Dentro de los atributos de eficiencia, todos los controles a los riesgos asociados a la Gestión Documental son PREVENTIVOS y Manuales, es decir, va a la(s) causa(s) del riesgo y ataca la probabilidad de ocurrencia. Pese al establecimiento de los controles identificados para cada riesgo de gestión documental, se observa que estos controles no establecen las condiciones que aseguren minimizar la POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN, como se describe en cada uno de los riesgos asociados la Gestión Documental.
- Pese al establecimiento de los controles para cada uno de los riesgos asociados a la gestión documental la zona de riesgo continua vigente en el nivel MODERADO, excepto para el riesgo del proceso de Facturación y recaudo que aunque el riesgo de los otros procesos, paso a nivel BAJO.

PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO PINAR

El Decreto No. 612 de 2018, *Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado*, establece en su ARTÍCULO 1. Adicionar al Capítulo 3 del Título 22 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, los siguientes artículos:

"2.2.22.3.14. *Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción*. Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar doce planes institucionales y estratégicos, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año, siendo uno de ellos el **Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR**; del cual se hará seguimiento en el siguiente acápite del presente informe:



OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

El Plan Institucional de Archivos PINAR articulado con el Programa de gestión documental, de la vigencia 2020, documento al cual no se tuvo acceso y en los informes trimestrales de gestión de la E.S.E. 2020³ registran el seguimiento:

- El primer trimestre de 2020 (Informe de gestión página 282) de la actividades a). se elabora la introducción y justificación objetivos del diagnóstico integral del archivo, b). el análisis de los procesos documentales que llevan al interior del HUS, c) se elabora la tabla de riesgos en donde se priorizan aspectos críticos y formulación de visión de acuerdo a los ejes articuladores establecidos en el Manual PINAR tomados como base del diagnóstico Integral de Archivo.
- El segundo trimestre de 2020 (informe de gestión página 188) a) actividad 1 registra un avance del 75%, b). actividad 2 cumplimiento del 100%, c). actividad 3 cumplimiento del 100%.
- Los avances del Plan Institucional de Archivos de la E.S.E. PINAR a diciembre de 2020 registrados en Acta del Comité de archivos⁴ a) actividad 1 avance del 100%, b). actividad 2 avance del 100% y c). actividad 3 avance del 100%.

El Plan Institucional de Archivos - PINAR de la vigencia 2021 formula las siguientes estrategias:

- 1) Programa de capacitación
- 2) Los riesgos se encuentran identificados se elaborara las siguientes matrices de riesgos críticos.
- 3) Convalidación TRD
- 4) Intervención del fondo documental
- 5) Sistema integrado de conservación SIC
- 6) Articulación integral de los procesos documentales con los procesos generales del Hospital.

El informe de Gestión de la E.S.E. I Trimestre de 2021⁵ (páginas 87 y 88) registra cada una de las estrategias y define el cronograma para su ejecución.

El informe de gestión III trimestre de 2021, presentado por la profesional en Misión encargada de las actividades de Gestión Documental registra para las actividades del Plan Institucional de Archivos - PINAR 2021, lo siguiente: a). actividad 1 avance del 100%, b). actividad 2 avance del 100%, c). actividad 3 avance del 57%, d). actividad 4 – actividad programada para el segundo periodo de la vigencia, e) actividad 5 actividad programada para el segundo periodo de la vigencia.

El Programa de Gestión documental código de documento 01GIS11-V1, elaborado y aprobado en junio de 2018 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana con ejecución 2018 a 2021, articulado con el Plan Institucional de Archivos - PINAR 2021, en su numeral 8 'Resultados esperados' establece metas e indicadores trazadores tendrán una periodicidad mensual, reporte trimestral en el informe de gestión. Resultado en cada vigencia es:

³ Sitio WEB/ planeación gestión y control/ informes de gestión, evaluación y auditorial/ informes de gestión 2020.

⁴ Acta No. 6 Comité de Archivo fecha lunes 21 de diciembre de 2020

⁵ Sitio WEB/ planeación gestión y control/ informes de gestión, evaluación y auditorial/ informes de gestión 202.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

	2018	2019	2020	III TRIMESTRE 2021
METAS				
Cumplimiento del 90% de las actividades establecidas en el cronograma del programa	100%	100%	100%	
Lograr el 90% de la organización, clasificación, selección y expurgo del acervo documental	100%	100%	100%	
Alcanzar la aprobación del instrumento archivístico tablas de Valoración Documental TVC				
INDICADORES TRAZADORES				
Porcentaje de cumplimiento del cronograma de la vigencia en la organización de acervo documental.	100%	100%	159,70%	96%
Porcentaje de cumplimiento de cronograma de transferencia Documental.	100%	100%	100%	94%
Porcentaje de cumplimiento de actividades establecidas en el cronograma del programa de gestión documental para el periodo evaluado.		100%	100%	

Fuente: Informe de Gestión 2020, Actas Programa de Gestión Documental, Actas Comité de Archivos.

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ORFEO

En el *sistema Gestión Documental ORFEO* se evidencia lo siguiente:

En la estructura orgánica de la E.S.E. en cuanto a codificación y descripción, presenta diferencias con la estructura del sistema de Gestión Documental – aplicativo ORFEO; la estructura de TRD en cuanto a descripción es la misma de sistema de Gestión Documental – aplicativo ORFEO y en la codificación es diferente, en estas estructuras no se observó la codificación y descripción de la Unidad Funcional Zipaquirá y el Hospital Regional de Zipaquirá.

Los soportes documentales sobre la cual se realiza la implementación del *sistema Gestión Documental ORFEO* son:

- el '*Manual de digitalización- sistema Gestión Documental ORFEO*' con código de documento 01GIS04-V1 aprobado en marzo de 2016 y tiene por objeto: Brindar herramientas e ayuda a los funcionarios de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para llevar a cabo el proceso de gestión y tramite (digitalización de imágenes) de comunicaciones oficiales por medio del sistema de gestión documental ORFEO.
- El '*Manual de radicación - sistema Gestión Documental ORFEO*' con código de documento 01GIS05-V1 aprobado en marzo de 2016 y tiene por objeto: Brindar herramientas e ayuda a los funcionarios de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para llevar a cabo el proceso de gestión y tramite (radicación de documentos) de comunicaciones oficiales por medio del sistema de gestión documental ORFEO.
- El '*Procedimiento Administración de correspondencia*', código de documento 02GIS-V2 elaborado y aprobado en noviembre de 2018 y tiene por objeto: Administrar los proceso de producción, recepción,

OCM

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

radicación, registro, clasificación direccionamiento, tramite, envió de las comunicaciones oficiales de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana dentro del sistema de gestión documental (aplicativo), garantizando el ciclo vital de los documentos radicados.

El proceso en el numeral 4 *Define Comunicaciones oficiales: Comunicaciones recibidas o producidas en desarrollo de las funciones asignadas legalmente a una entidad, independientemente del medio utilizado. En el proceso de organización....* Acuerdo No. 60 de 2001 del Archivo General de la Nación.

Con los contenidos de los Manuales y del procedimiento, específicamente las actividades No. 4 y 5 del numeral 7 Descripción de actividades, en donde se reconocen las siguientes actividades:

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
4	Líderes de proceso, subdirectores y funcionarios con usuario del aplicativo ORFEO HUS	Radicar respuesta a una comunicación oficial de entrada	<ul style="list-style-type: none"> -... si el registro no requiere de una respuesta, ingresar a las opciones de registro de entrada, clic en la opción de 'expedientes' e incluya el radicado en un expediente y archive. Si el registro requiere de una respuesta continúe con el siguiente paso. -Elaborar el documento en office WORD, de acuerdo a las directrices de elaboración y formatos establecidos en el Manual Gestión Documental y Comunicaciones 01GIS03 ... Llevar original y copia del documento... para cambio de imagen. -Incluir el radicado de entrada en un expediente según la TRD y archivar en el sistema de gestión documental (aplicativo). -El soporte físico una vez terminado el trámite se archivará en una serie correspondiente de acuerdo con el sistema de Gestión documental (aplicativo)
5	Líderes de proceso, subdirectores y funcionarios con usuario del aplicativo ORFEO HUS	<ul style="list-style-type: none"> Radicar comunicaciones oficiales internas – externas. Radicar comunicación oficial para un ente externo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborar el documento en office WORD en la plantilla establecida, de acuerdo a las directrices de elaboración y formatos, Manual gestión documental y comunicaciones... -..... click en radicar -Asignar TRD.... -Anexar el documento elaborado en formato WORD -llevar el original y copia oficio remisorio firmado y radicado en el sistema de gestión documental (aplicativo) a la <u>oficina central de correspondencia y radicación</u> para el cambio de imagen y respectivo envió. Si el colaborador de la oficina productora se dirige a entregar al ente externo dicha comunicación oficial, deberá llevar igualmente oficio remisorio a la oficina de radicación para ser marcado como envió y realizar el respectivo cambio de imagen. -verificar en las opciones de registro histórico de salida el histórico que reporte los datos de envió, se procede a incluir el radicado de salida en un expediente según la TRD

QW

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
		Radicar comunicación oficial interna	<p>documental y archivar en el sistema de gestión documental.</p> <p>-Elaborar el documento, circular, memorando o carta en office WORD en la plantilla establecida, de acuerdo a las directrices de elaboración y formatos, Manual gestión documental y comunicaciones...</p> <p>-..... click en radicar.</p> <p>-Asignar TRD....</p> <p>-Anexar el documento elaborado en formato WORD y realizar respectiva descripción (asunto, anexos) y actualizar...</p> <p>... Marcamos el registro interno y según la necesidad del funcionario se deriva, informa o se reasigna el radicado al área de destino por medio del sistema de Gestión documental (aplicativo).</p> <p>-la dependencia productora archivara el documento original en una serie correspondiente.</p>

Fuente: Procedimiento

Apoyados en estas actividades del procedimiento, se realizó la verificación al cumplimiento de las actividades en el Sistema de Gestión Documental (aplicativo) ORFEO; para ello se realizó una muestra de 100 números aleatorios y/o números al azar, dentro de los rangos del 0000 al 9999, de los cuales cinco están fuera de los números radicados en la E.S.E. hallando lo siguiente:

- La información de la verificación del Sistema de Gestión Documental (aplicativo) ORFEO corresponde únicamente a la sede Bogotá, del Hospital regional Zipaquirá y Unidad Funcional Zipaquirá no se evidencia información.
- La muestra verificada corresponde a oficios de SALIDA y que el ultimo digito es 1.
- La verificación se realiza en oficios – comunicaciones oficiales internas y comunicaciones oficiales externas
- La muestra se verifica entre el 29 de septiembre de 2021 hasta el 4 de octubre de 2021. Basado en consultas del Sistema de Gestión Documental (aplicativo) ORFEO, con el usuario y contraseña del profesional Especializado de control Interno.
- La trazabilidad de las comunicaciones y/o flujo histórico del documento, en la verificación realizada se expresa su comportamiento en los siguientes indicadores:

FLUJO HISTORICO DEL DOCUMENTO	COMUNICACIÓN OFICIAL PARA UN ENTE EXTERNO		COMUNICACIÓN OFICIAL INTERNA		TOTAL VERIFICACION COMUNICACIONES OFICIALES	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
RADICACION - MODIFICACION TRD - DIGITALIZACION RADICADO - ARCHIVAR	16	21,9%	8	36,4%	24	25,3%

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

FLUJO HISTORICO DEL DOCUMENTO	COMUNICACIÓN OFICIAL PARA UN ENTE EXTERNO		COMUNICACIÓN OFICIAL INTERNA		TOTAL VERIFICACION COMUNICACIONES OFICIALES	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
RADICACION - MODIFICACION TRD - DIGITALIZACION RADICADO	11	15,1%	3	13,6%	14	14,7%
RADICACION - MODIFICACION TRD - ARCHIVAR	15	20,5%	6	27,3%	21	22,1%
RADICACION - MODIFICACION TRD	11	15,1%	3	13,6%	14	14,7%
RADICACION - DIGITALIZACION RADICADO	5	6,8%	2	9,1%	7	7,4%
RADICACION - ARCHIVAR	2	2,7%			2	2,1%
RADICACION	13	17,8%			13	13,7%
TOTAL VERIFICADO	73		22		95	

Fuente: sistema Gestión Documental aplicativo ORFEO

- La muestra establecida con números aleatorios y/o números al azar reconoce exclusivamente comunicaciones con RADICACION en el sistema de Gestión Documental – aplicativo ORFEO; de las cuales en el flujo histórico del documento, corresponden a setenta y tres (73) comunicaciones oficiales externas, pertenecen al 76.8% de la muestra y veintidós (22) comunicaciones oficiales internas es decir el 23.2%.
- El flujo histórico del documento en las comunicaciones externas e internas en sus fases de RADICACION - MODIFICACION TRD - DIGITALIZACION RADICADO - ARCHIVAR, como lo establece el procedimiento se cumplen únicamente en el 25.3% de la muestra, es decir en 24 comunicaciones. Las comunicaciones oficiales internas se cumplen en el 36.4% con ocho comunicaciones y las externas en el 21.9% con 16 comunicaciones.
- De las comunicaciones oficiales el 13.7%, trece (13), únicamente cuentan con RADICACIÓN, estos corresponden a comunicaciones oficiales externas y registran en su comentario RADICACIÓN MASIVA, actividad que no se encuentra registrada en el procedimiento.
- En las comunicaciones oficiales internas y externas no se digitaliza el radicado (cambio de imagen) y se ejecuta la RADICACION - MODIFICACION TRD – ARCHIVAR en el 22.1%⁶, es decir quedan en documento Word, sin firmas, en algunas comunicaciones oficiales no hay documento en Word.
- El 14.7% de las comunicaciones oficiales internas y externas cuentan con RADICACION - MODIFICACION TRD - DIGITALIZACION RADICADO, no se archivan.
- El 14.7% de las comunicaciones oficiales, once (11) comunicaciones oficiales externas y tres (3) comunicaciones internas cumplen con la RADICACION y MODIFICACION TRD; no se digitaliza el radicado, tampoco se archiva en el expediente.

⁶ Se observa en el asunto y/o tipo de documento d el radicado con terminación No. 7431 1 el comentario PRUEBA DE RADICACION

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

- El 7.4% de las comunicaciones externas e internas únicamente cuentan con RADICACION y DIGITALIZACION RADICADO, no cuentan con MODIFICACIÓN TRD, es decir no ha sido asignada TRD.
- El 2.1% de las comunicaciones oficiales externas cuentan con RADICACION y ARCHIVAR, no cuentan con MODIFICACIÓN TRD ni DIGITALIZACIÓN DE RADICACIÓN.
- Del total de la muestra verificada nueve (9) de las comunicaciones oficiales tienen una condición de REASIGNADO y/o INFORMADO y/o DERIVADO.
- Del asunto y/o tipo de documento se destacan en la muestra:
 - *Respuesta a peticiones* – veintiuna (21) comunicaciones oficiales externas y cuatro (4) comunicaciones oficiales internas, en varias de estas comunicaciones (nueve) se registra como comentario 'se da respuesta por ALMERA', en otras comunicaciones se identifica consecutivo paralelo al del sistema de gestión documental – aplicativo ORFEO; en ninguna de ellas se evidencia el origen de la petición es decir no cuentan con la trazabilidad del documento desde su origen hasta la disposición final.
 - *Epicrisis* - ocho (8) comunicaciones externas, en estas comunicaciones se identifica consecutivo paralelo al del sistema de gestión documental – aplicativo ORFEO, cumplen con las fases del procedimiento y del flujo histórico de las comunicaciones, cuatro (4) de ellas.
 - *Peticiones trasladadas* – se identifican cuatro (4) peticiones de usuarios de la E.S.E. que son trasladadas al Hospital Regional Zipaquirá y en el flujo histórico del documento son archivadas, una vez se trasladan, es decir la trazabilidad de estas comunicaciones es parcial e incompleta.
 - *Tutelas* - tres (3) comunicaciones externas que en el flujo del histórico del documento cuentan con RADICACION y MODIFICACION TRD.
 - *Cuentas de Cobro* – cinco (5), todas con RADICACION y ninguna de ellas cumple con las fases establecidas en el procedimiento y en flujo histórico del documento.
 - Entre otros asuntos y/o tipo de documento con menor frecuencia se registran *acto administrativo de retiro o desvinculación del servidor de la entidad, 'envío de contratos', informes, solicitudes, soportes, comparecencia incumplimiento*, entre otros.
- Por usuario radicador de las comunicaciones oficiales externa e internas de la muestra verificada corresponden a:
 - SUBGERENCIA DE ATENCION AL USUARIO el 36.8%
 - SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de Personal el 13.7%
 - SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA -Departamento de Desarrollo del recurso Humano el 10.5%
 - SUBGERENCIA FINANCIERA - Departamento de mercadeo y ventas de salud- cartera el 8.4%
 - Dentro del rango inferior al 5.0% están la GERENCIA, OFICINA ASESORA JURIDICA, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA -Coordinador área servicio de apoyo Administrativo, SUBGERENCIA CIENTIFICA, SUBGERENCIA FINANCIERA -Departamento de mercadeo y ventas, SUBGERENCIA FINANCIERA, SUBGERENCIA FINANCIERA -Departamento de mercadeo y ventas de salud- facturación, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA, OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO, OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTIA DE LA CALIDAD, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de bienes compras y suministros -farmacia, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Coordinación del área de recurso tecnológico y SUBGERENCIA CIENTIFICA - Educación médica e investigación.

Nov

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

8. CONCLUSIONES

Acorde a lo que establece la normatividad, las Tablas de Retención Documental – TRD adoptadas por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y convalidadas por el Consejo departamental de archivos, no identifican y describen las Series y Subsídios Documentales que conforman una TRD a partir de:

- a. La estructura orgánica de la entidad,
- b. Las funciones de las dependencias.

En la estructura orgánica de la E.S.E. en cuanto a codificación y descripción, presenta diferencias con la estructura de las TRD y la estructura del sistema de Gestión Documental – aplicativo ORFEO; la estructura de las TRD en cuanto a descripción es la misma de sistema de Gestión Documental – aplicativo ORFEO mas no en cuanto a la codificación; en las estructuras no se evidencia la codificación y descripción de la Unidad Funcional Zipaquirá y el Hospital Regional de Zipaquirá.

Los índices detallados por política tienen un resultado de:

- 138) TRANSPARENCIA tiene un resultado 79.3 puntos; 165 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente estratégico con un resultado de 78.9; 166 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente administración de archivos con resultado de 70.1; 167 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente documental 82.9.
- 168 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente tecnológico - con un resultado registra un puntaje de 34, índice que demuestra gran debilidad en el componente tecnológico y que requiere una política, estrategias, directrices más agresivas tecnológicas en la Gestión Documental; este resultado se acerca al puntaje mínimo del grupo par.
- 169 GESTIÓN DOCUMENTAL Calidad del Componente cultural – el índice detallado registra un puntaje de 64.4, por debajo del promedio del grupo par, por lo que requiere generar elementos didácticos, habilidades en los servidores públicos, con razonamientos de formación y programas educativos para fomentar su conocimiento e implementación en toda la E.S.E. y generar experticia en el manejo de la Gestión Documental.

En la matriz Institucional de riesgos 2021 de la E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana se evidencian en los procesos de Facturación y recaudo, Gestión de la calidad, Gestión de la información, gestión del Talento Humano y Gestión Financiera, riesgos asociados al sistema de gestión Documental, todos ellos sitúan la POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN, de documentación, de historias laborales y de la información digital.

En los riesgos asociados a la Gestión Documental registran como causas transversales el "No se cumple con las condiciones mínimas para la conservación del almacenamiento de la documentación y Bases de datos de los sistemas de información" y las 'Fallas en los equipos informáticos'

Dentro de los atributos de eficiencia, todos los controles a los riesgos asociados a la Gestión Documental son PREVENTIVOS y Manuales, es decir, va a la(s) causa(s) del riesgo; Pese al establecimiento de los controles identificados para cada riesgo de gestión documental, se observa que estos controles no crean las condiciones que aseguren minimizar la POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN, como se describe en cada uno de los riesgos asociados la Gestión Documental.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Las meta de cumplimiento del 90% de las actividades establecidas en el cronograma del programa de Gestión documental de las vigencias 2018, 2019, 2020 se ha cumplido y para la vigencia 2021 se encuentra en desarrollo; Los indicadores Trazadores al igual que la meta se vienen cumpliendo al 100%. De las meta Alcanzar la aprobación del instrumento archivístico tablas de Valoración Documental TVC no se observó su avance.

El Plan Institucional de Archivos PINAR articulado con el Programa de gestión documental, de la vigencia 2020 registran un cumplimiento en tres actividades del 100 de cumplimiento; el plan de la vigencia 2021 en sus seis estrategias se viene desarrollando con cumplimiento al 100% de las actividades 1 y ,2; en desarrollo las actividades 4 y 5; la actividad 3 - Convalidación tablas de retención documental TRD con sus actividades específicas registra al tercer trimestre de 2021 un avance del 57%

1 avance del 100%, b). actividad 2 avance del 100%, c). actividad 3 avance del 57%, d). actividad 4 – actividad programada para el segundo periodo de la vigencia, e) actividad 5 actividad programada para el segundo periodo de la vigencia.

En el sistema de gestión documental – aplicativo ORFEO

- La información de la verificación del Sistema de Gestión Documental (aplicativo) ORFEO corresponde únicamente a la sede Bogotá, de las comunicaciones oficiales externas y/o externas de la Hospital regional Zipaquirá y Unidad Funcional Zipaquirá no se evidencian en Sistema de Gestión Documental (aplicativo) ORFEO.
- El flujo histórico del documento en las comunicaciones externas e internas en sus fases de RADICACION - MODIFICACION TRD - DIGITALIZACION RADICADO - ARCHIVAR, como lo establece el procedimiento se cumplen únicamente en el 25.3% de la muestra, es decir en 24 comunicaciones. Las comunicaciones oficiales internas se cumplen en el 36.4% con ocho comunicaciones y las externas en el 21.9% con 16 comunicaciones.
- De las comunicaciones oficiales internas y externas el 74.7% no cumplen con el flujo histórico del documento: el 13.7%, únicamente cuentan con RADICACIÓN, se ejecuta la RADICACION - MODIFICACION TRD – ARCHIVAR en el 22.1%, cuentan con RADICACION - MODIFICACION TRD - DIGITALIZACION RADICADO en el 14.7%, con la RADICACION y MODIFICACION TRD el 14.7% de las comunicaciones oficiales, con RADICACION y DIGITALIZACION RADICADO el 7.4% y el 2.01% registran RADICACION y ARCHIVAR
- Del total de la muestra verificada nueve (9) de las comunicaciones oficiales tienen una condición de REASIGNADO y/o INFORMADO y/o DERIVADO
- La trazabilidad de las comunicaciones y/o flujo histórico del documento (producción, recepción, distribución, seguimiento, conservación y consulta de los documentos), en la verificación realizada se evidencia:
 - La *Respuesta a peticiones* – veintiuna (21) comunicaciones oficiales externas y cuatro (4) comunicaciones oficiales internas, en ninguna de ellas se evidencia el origen de la petición es decir no cuentan con la trazabilidad del documento desde su origen hasta la disposición final.
 - *Epicrisis* - ocho (8) comunicaciones externas, en estas comunicaciones se identifica consecutivo paralelo al del sistema de gestión documental – aplicativo ORFEO, en ninguna de

mon

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ellas se evidencia el origen de la petición es decir no cuentan con la trazabilidad del documento desde su origen hasta la disposición final.

- *Peticiones trasladadas* – se identifican cuatro (4) peticiones de usuarios de la E.S.E. que son trasladadas al Hospital Regional Zipaquirá y en el flujo histórico del documento son archivadas, una vez se trasladan, es decir la trazabilidad de estas comunicaciones es incompleta y lo mismo que las anteriores no se puede establecer su origen.
- Para todo el tratamiento de las PQRSD la E.S. E. se expidió la Resolución No. 0282 de junio de 2021 'Por la cual se deroga la Resolución No. 393 de 2017 y se reglamenta el trámite interno de las PQRSD en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana' dentro de todo su contenido registra el ingreso, radicación y trámite de las PQRSD se realiza en el sistema de Gestión Documental ORFEO.
- Publicado en el en el Sistema de gestión de calidad integrado – ALMERA, con fecha de publicación 30 de septiembre de 2021 el procedimiento Gestión de PQRSD con código de documento 02AUF06-V5, del proceso de Atención al Usuario y su familia, elaborado el 08/08/2021, aprobado el 21/09/2021, se evidencia en la actividad No. 2 que la recepción, el ingreso de las PQRSD se realizara al sistema de información – ALMERA (SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD INTEGRADO – ALMERA). Procedimiento que en la verificación no se tuvo en cuenta.
- Por usuario radicador, el 61.0% las comunicaciones oficiales externa e internas de la muestra verificada provienen de: SUBGERENCIA DE ATENCION AL USUARIO el 36.8%, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de Personal el 13.7%, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA - Departamento de Desarrollo del recurso Humano el 10.5%.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar análisis, relaciones y estudios que den alcance a la Organización Interna de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A SAMARITANA, a la planta de empleos públicos y demás normas de carácter primordial en la entidad.

Se recomienda que de acuerdo a la normatividad, las Tablas de Retención Documental – TRD adoptadas por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y convalidadas por el Consejo departamental de archivos y el sistema de gestión documental ORFEO se codifiquen y describan a partir de:

- a. La estructura orgánica de la entidad,
- b. Las funciones de las dependencias.

En las estructuras antes indicadas (3) debe evidenciarse la codificación y descripción de la Unidad Funcional Zipaquirá y el Hospital Regional de Zipaquirá.

Con el desarrollo del Plan Institucional de Archivos PINAR, la actividad No. 3 - Convalidación tablas de retención documental TRD al tercer trimestre de 2021 un avance del 57%, actividad que se desarrolla en base al Decreto No. 190 de 2007, **La estructura orgánica de la entidad**, se recomienda realizar análisis y estudios que den alcance a la organización vigente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A SAMARITANA.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Se recomienda establecer análisis y observación metódica de las causas de los riesgos, conforme al entorno vigente e identificar los riesgos de los procesos y de la matriz institucional de riesgos basados en escenarios ciertos, enmarcados dentro de espacios propios de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

Se recomienda articular los riesgos establecidos en el Plan Institucional de Archivos PINAR con los riesgos establecidos en los procesos y en la matriz de riesgos institucional de cada vigencia, esto a fin de establecer riesgos basados en el contexto del proceso del sistema de Gestión Documental de la E.S.E.

Con los Resultados Medición del Desempeño Institucional 2020⁷ publicados por la Función Pública, por entidad territorial se han instaurado recomendaciones de mejora para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana; con la información de MIPG para la política de GESTIÓN DOCUMENTAL se generaron recomendaciones de mejora y son:

- Establecer en la planta de personal de la E.S.E. los empleos suficientes para cumplir con los planes y proyectos.
- Disponer de bienes adecuados y suficientes para satisfacer las necesidades de los diferentes procesos y áreas de trabajo.
- Hacer un uso eficiente de bienes con periodo de obsolescencia y renovación.
- Adoptar acciones o planes para optimizar el uso de vehículos institucionales
- Incluir en la planeación estratégica de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana las actividades de Gestión Documental.
- Identificar los fondos documentales acumulados - FDA en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
- Implementar las tablas de valoración documental - TVA para organizar el fondo documental acumulado de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Elaborar el documento sistema integrado de conservación – SIC de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Aprobar el documento sistema integrado de conservación – SIC de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Implementar el documento sistema integrado de conservación – SIC de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Publicar en el sitio WEB de la entidad en la sección transparencia y acceso a la información pública el documento sistema integrado de conservación – SIC de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Desarrollar acciones frente al manejo de los residuos generados en los procesos de gestión documental articulados a la política de gestión ambiental de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Adquirir equipos de apoyo a los procesos de gestión documental que sean amigables con el medio ambiente, y acorde con la política de gestión de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Gestionar de manera adecuada los residuos de aparatos eléctricos y digitales acorde a la política nacional y a la política de gestión ambiental de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.

⁷ <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/resultados-medicion>

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

- Identificar los documentos electrónicos que genera y son susceptibles de preservar a largo plazo.
- Definir estrategias de preservación digital, (migración, conservación, refreting) para garantizar que la información que produce este disponible a lo largo del tiempo.
- Ejecutar y documentar estrategias de preservación digital (migración, conservación, refreting) para garantizar que la información que produce este disponible a lo largo del tiempo.
- Implementar el plan de preservación digital.
- Identificar el inventario documental a cargo de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana relacionado con los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria histórica y conflicto armado para su protección y conservación según el acuerdo 04 de 2015, el protocolo de archivos de derechos Humanos y la circular 01 de 2017.
- Aplicar la hoja de control como parte del proceso de organizacional documental de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Definir e implementar un proceso para la entrega de archivos por desvinculación o traslado del servidor público.
- Definir e implementar un proceso de entrega de archivos por culminación de obligaciones contractuales.
- Incluir los documentos audiovisuales (video, audio, fotográficos) en cualquier soporte y medio (analógico, digital, electrónico) en los instrumentos archivísticos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Contemplar los expedientes de archivo en las TRD de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Implementar el sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo SGDEA en la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Utilizar la digitalización de documentos para consulta.
- Utilizar la digitalización de documentos para la gestión y trámite de asuntos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.
- Utilizar la digitalización de documentos para fines probatorios
- Utilizar la digitalización de documentos para fines de preservación
- Utilizar la digitalización de documentos para contar con copia de seguridad.
- Implementar en la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, mecanismos suficientes y adecuados para transferencia del conocimiento de los servidores que se retiran a quienes continúan vinculados.
- Identificar las necesidades de información externa por parte de los grupos de valor para la gestión de la información institucional.
- Identificar los flujos de información (vertical, horizontal, hacia afuera de la E.S.E., entre otros) para la gestión de la información Institucional.
- Implementar una organización documental adecuada y disponer de instrumentos archivísticos que le permitan a la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana dar manejo a los fondos documentales recibidos.

El Plan Institucional de Archivo- PINAR, es un documento destinado a dar cumplimiento a la normatividad archivista establecida en el Decreto 1083 de 2015 y es a través de este que se determina sus actividades que a corto, mediano y largo plazo se ejecutaran para dar cumplimiento a la normatividad archivística en

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

general, por lo que se requiere adquirir una cultura Institucional encaminada a proveer conocimiento sobre la importancia del sistema de Gestión Documental y con la voluntad de todos los servidores públicos de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

Como E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en el sistema de gestión Documental –aplicativo ORFEO se recomienda:

- Establecerse un único en el sistema de gestión Documental –aplicativo ORFEO que contenga la Unidad Funcional Zipaquirá y el Hospital Regional Zipaquirá; .Conforme lo establece el Acuerdo 060 de 2001 del Archivo General de la Nación, Artículo tercero: *Unidades de Correspondencia*: Las entidades deberán establecer de acuerdo con su estructura, la unidad de correspondencia que gestione de manera centralizada y normalizada, los servicios de recepción, radicación y distribución de sus comunicaciones, de tal manera, que estos procedimientos contribuyan al desarrollo del programa de gestión documental y los programas de conservación, integrándose a los procesos que se llevarán en los archivos de gestión, centrales e históricos.

Quando existan regionales, deberán contar con unidades de correspondencia en cada una de sus sedes y si existen varias sucursales en una misma ciudad, la entidad determinará conforme a sus necesidades, si centralizan en una de ellas la recepción de las comunicaciones oficiales, o si en cada sede, habrá unidad de correspondencia. En todo caso, se debe propender por el control y normalización unificado en cada entidad.

Las unidades de correspondencia, deberán contar con personal suficiente y debidamente capacitado y de los medios necesarios, que permitan recibir, enviar y controlar oportunamente el trámite de las comunicaciones de carácter oficial, mediante servicios de mensajería interna y externa, fax, correo electrónico u otros, que faciliten la atención de las solicitudes presentadas por los ciudadanos y que contribuyan a la observancia plena de los principios que rigen la administración pública.

- Todas las comunicaciones oficiales recibidas, producidas en desarrollo de las funciones asignadas legalmente en la E.S.E. deberán tener RADICACION⁸ y contar con la trazabilidad desde el origen hasta el destino final.
- Todas las comunicaciones oficiales internas y externas deberán contener numeración única, será asignada en estricto orden de recepción de los documentos; al comenzar cada año, se iniciará la radicación consecutiva a partir de uno, utilizando sistemas manuales, mecánicos o automatizados.
- El/los Manuales y procedimiento de Gestión documental deberán actualizarse periódicamente y contener las actividades conforme a su real ejecución.
- Dado el Bajo nivel de adherencia en cuanto al flujo histórico de documento, conocido en la presente verificación, se hace necesario generar programas medibles de capacitación, de cultura institucional, encaminados a concientizar a los servidores públicos de la importancia de realizar el sistema de gestión documental – aplicativo ORFEO y en general todo lo reaccionado con el programa de GESTIÓN DOCUMENTAL.
- Buscar adaptación y uniformidad a la información contenida en la Resolución No. 282 de junio 2021 'Por la cual se deroga la Resolución No. 393 de 2017 y se reglamenta el trámite interno de las

⁸ Acuerdo 060 de 2001 del Archivo General de la Nación, Radicación de comunicaciones oficiales: Es el procedimiento por medio del cual, las entidades asignan un número consecutivo, a las comunicaciones recibidas o producidas, dejando constancia de la fecha y hora de recibo o de envío, con el propósito de oficializar su trámite y cumplir con los términos de vencimiento que establezca la Ley.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

~ PQRSD en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana', con el procedimiento Gestión de PQRSD con código de documento 02AUF06-V5.

La seguridad es uno de los aspectos clave que debe tener bien cubierto cualquier Sistema de Gestión Documental, en cuanto a la seguridad no sólo la seguridad externa, es decir, al acceso de usuarios ajenos a la organización a nuestro sistema. Es igualmente primordial mantener el control y seguridad interna. Es importante contar con controles de acceso debidamente documentados.

La memoria histórica de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA está en el sistema de GESTIÓN DOCUMENTAL, es por lo tanto importante tener control de todos los documentos, tener fácil almacenamiento, conservación, y un objetivo debe ser volver los documentos físicos a digital.

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines.

YETICA HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Bogotá, octubre 08 de 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ma Clara MR'.

MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado