



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

CUNDINAMARCA
REGION
Que Progresa!
EN SALUD



Al contestar por favor cite:2022110011643-1



05GIS15 - V7 Página 1 de 1

Bogotá, 21 de octubre de 2022

Doctora
SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA
Directora Administrativa
ALFREDO TELLEZ ARIZA
Subdirector de Sistemas
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Auditoria de Gestión Documental 2022

Cordial Saludo.

Adjunto se envía *informe* Auditoria de la referencia, para que dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles se elabore el Plan de Mejoramiento pertinente a las recomendaciones de la presente auditoria, el cual deberá ser elaborado según lo establecido en el procedimiento 02AC01, actividad 21 y al instructivo 08GC09.

Nota: Adjunto 20 folios

Cordialmente,

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS – Gerente
cc. MARTHA CECILIA RIAÑO – Profesional en misión



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

“Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada”



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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

AUDITORIA DE GESTION DOCUMENTAL 2022

1. ASPECTOS GENERALES

OBJETIVO

Verificar del proceso de Gestión de la información, en lo correspondiente a la Gestión Documental de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, producido a partir de la normatividad vigente y del Plan Institucional de archivos –PINAR 2022.

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 la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, el alcance esta dado desde la producción y manejo de la documentación en el ARCHIVO DE GESTIÓN, conforme lo establecen las normas vigentes.

METODOLOGIA

Teniendo en cuenta el objetivo de la presente Auditoria, se toma como primera herramienta la plataforma estratégica de la entidad, objetivos estratégicos, política, planes de mejoramiento e indicadores de carácter Institucional, esto con el fin de verificar el cumplimiento de acciones, actividades y normas, que desarrollan en el sistema de Gestión Documental de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana – BOGOTA la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en cuanto a la aplicación de la TRD y a los riesgos identificados dentro de las diferentes matrices de la entidad.

En desarrollo de la Auditoria conforme la aprobación de las tablas de retención documental – TRD en la vigencia anterior, se presentan las recomendaciones a las políticas los resultados de la información transcrita y registrada por la E.S.E., correspondiente a la vigencia 2021 en el Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión- FURAG ; en segundo lugar se realizó un análisis de los riesgos identificados en las diferentes matrices de riesgos con referencia a la Gestión Documental; y en tercer lugar se realizó la verificación de las tablas de retención documental –TRD, a una muestra de ocho (9) áreas determinadas al azar; en ella se verificaron veintiún (21) variables de (organización del Acervo Documental) clasificación, ordenación y transferencias.

Además de la verificación realizada a las TRD, las fuentes consultadas son el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA, (indicadores, riesgos, Manuales, procedimientos, planes, entre otros), el sitio WEB de la entidad, la función pública.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

CRITERIO - BASE 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

2. PROCESO - GESTION DE LA INFORMACIÓN

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Los objetivos estratégicos de la entidad que aportan a la organización, clasificación, transferencia y disposición de sus documentos son:

"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.

La TRANSVERSALIDAD de la Gestión Documental regula los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, en cuanto a la producción, 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, 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.

POLITICA

El proceso de Direccionamiento Estratégico se señala la política de Gestión Documental, código del documento 01DE15-V1, elaborado y Aprobado en julio de 2018.

: 'POR UN DOCUMENTO SEGURO'

Implementar las mejores prácticas documentales establecidas por el Archivo General de la Nación para la correcta gestión de los documentos físicos y electrónicos a través del ciclo vital, respetando la integridad, autenticidad, veracidad y fidelidad de la información, así como la prestación de los servicios archivísticos bajo parámetros técnicos de organización, seguridad, trámite, gestión, conservación y disposición, incorporando nuevas tecnologías de información que permitan satisfacer de manera más eficiente las necesidades de los usuarios en general.

PLAN MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA

El Ente de Control en las AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD INTEGRAL vigencia 2018 después de analizada la información registro el hallazgo No. 10²; la Auditoria Financiera y de Gestión de la vigencia 2020 de la misma forma registro un hallazgo identificado con el No.12³, la causas de estos hallazgos están en: a). Necesidad de fortalecer el archivo central para la presentación y mantenimiento de los documentos más importantes de la entidad y b). Inadecuada gestión a fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente respecto del manejo de archivo, respectivamente. Los planes de mejoramiento de estos hallazgos están orientados a la elaboración, aprobación, convalidación

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

² GESTION DOCUMENTAL estableció el siguiente hallazgo:

Condición: De la información allegada y la inspección ocular realizada por esta auditoría, se determinó que la Entidad hospitalaria de la Samaritana, ha realizado una serie de actividades importantes sobre la materia, no obstante lo anterior, el equipo auditor invita a la Entidad a que continúe su gestión con el fin de fortalecer no solo la adecuación del área física del archivo central, sino que también, la conservación de toda la documentación ya sea mediante la microfilmación o a través del procedimiento de escáner, en especial, las historias clínicas, las nóminas, los contratos, los expedientes de los procesos judiciales en los cuales está vinculada la entidad.

Criterio: Ley 594 de 2000.

Causa: Necesidad de fortalecer el archivo central para la presentación y mantenimiento de los documentos más importantes de la entidad.

Efecto: Posible materialización del riesgo para la conservación de la memoria institucional.

³ Condición: El Plan de Mejoramiento, producto de la auditoría gubernamental con enfoque integral, modalidad integral, vigencia 2018, presentó un 89,5% de cumplimiento. Sin embargo, del ítem 10 correspondiente al plan de mejoramiento, referente a las actividades de la gestión documental, respecto a la actualización de las tablas de retención documental e implementación de las tablas de valoración documental del fondo acumulado de la Entidad, no se observa un buen nivel de cumplimiento, por lo cual se realizará seguimiento.

Criterio: Resolución No.0049 de 2017 y Ley 594 de 2000 (Ley de Archivos)

Causa: Inadecuada gestión a fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente respecto del manejo de archivo.

Efecto: Deficiencias manejo de gestión documental.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

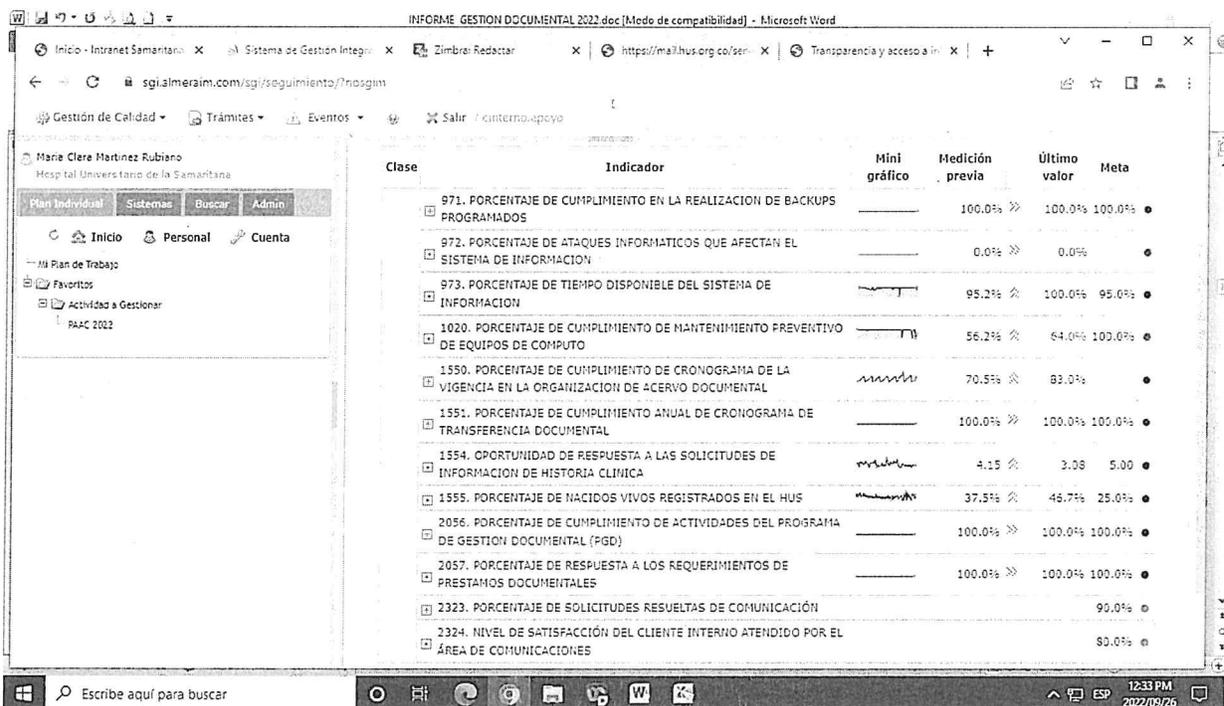
CODIGO DEL DOCUMENTO:

(por los entes competentes) y adopción de las TRD y TVD. Hecho que se viene generando paulatinamente.

INDICADORES

Los indicadores como herramienta vital para el seguimiento de la información deben estar integrados a los objetivos institucionales, ya que nos permiten definir establecer los indicadores de actividad o intermedios o finales o asociados a efectos e impactos del proceso dentro de la entidad.

A continuación en la imagen, se muestran los indicadores de media simple, de actividad, con que cuenta el proceso de Gestión de la información, se enfatizan cuatro de los indicadores que corresponden a Gestión Documental identificados con los códigos Nos. 1550, 1551, 2056, 2057.



Todos los indicadores se presentan de manera porcentual y que resulta luego de evaluados, lo siguiente:
Indicador 1550 número de Expedientes con Proceso Completo Realizado del Cronograma de la Vigencia del Acervo Documental / Número De Expedientes con Proceso Propuesto a Realizar, con un porcentaje de cumplimiento a agosto de 2022 del 83.3%,

Indicador 1551 Porcentaje de Cumplimiento Anual de Cronograma de Transferencia Documental, con un a ejecución de enero a junio de 2022 del 100%.

Indicador 2056: Porcentaje de Cumplimiento de Actividades del Programa de Gestión Documental (PGD), con un a ejecución de enero a junio de 2022 del 100%.

Indicador 2057: Porcentaje de Cumplimiento de Actividades del Programa de Gestión Documental (PGD), ejecución de enero a junio de 2022 del 100%.

Handwritten signature and initials

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACREDITACIÓN

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, como Institución Prestadora de Servicios de Salud dentro de su proceso de Acreditación y teniendo en cuenta lo establecido en el manual de Acreditación en cuanto a la Gestión Documental- proceso de Gestión de la información manifiesta la articulación de Gestión documental con los siguientes estándares:

El Estándar 146. Código: (GI5) Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información⁴.

'Desde el proceso de Gestión de la información se ha venido trabajando para el cumplimiento de los criterios establecidos en este Estándar, obteniendo...':

- *Un Manual de seguridad de la información cuyo objetivo es preservar, proteger y asegurar la información del HUS....*
- *Se cuenta con un procedimiento de Backups donde se determina la periodicidad, las copias en medios electrónicos y físicos y los mecanismos de almacenamiento de los medios de backups....*
- *El HUS cuenta con una oficina de gestión documental, encargada de la estandarización, implementación y evaluación de la organización.....*
- *Se cuenta con la matriz de archivos de información actualizada en donde se identificaron alrededor de 339 definiendo los índices de información clasificada y reservada identificándose 139 con criterio de confidencialidad.....*
- *Manual de reglamentación de Historia clínica,...*

Estándar 150. Código: (GI9) La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos⁵.

'Desde el proceso de Gestión de la información se ha venido trabajo para el cumplimiento de los criterios establecidos en el estándar, obteniendo:

- *El HUS cuenta con un Manual de reglamentación de historia clínica, revisado y actualizado por los integrantes del Comité de historias clínicas,...*
- *El comité de historias clínicas es una estancia institucional desde donde se analizan y aprueban los requerimientos de los registros clínicos...*
- *Se cuenta con un procedimiento de apertura de historia clínica,...*
- *Desde el área de auditoría médica se realiza la Auditoría de los registros de historia clínica...*
- *Se cuenta con un Manual de seguridad informática, donde se establecen los lineamientos para promover la seguridad informática....*

⁴ Criterios: • La seguridad y la confidencialidad. • Acceso no autorizado. • Pérdida de información. • Manipulación. • Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización. • Deterioro, de todo tipo, de los archivos. •

Los registros médicos no pueden dejarse o archivar en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado. • Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso. • Existencia de copia de respaldo o "Backups" y copias redundantes de información. • Control documental y de registros. • Indicadores de seguridad de la información.

⁵ Criterios: • Orden. Legibilidad y concordancia clínico patológica. • Claridad y actualización de los registros clínicos. • Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos. • Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos. • Garantía de la custodia de los registros clínicos. • Unicidad de los registros clínicos para cada usuario. • Sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos. • Esquema del proceso de transición a historia clínica electrónica.

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



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
--------------	---------------------	-----------------------

MIPG – MECI

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, Artículos 2.2.22.1.1 y 2.2.22.1.5; artículo 133 de la Ley 1753 de 2015,

Con la normatividad vigente y los resultados de la información transcrita y registrada por la E.S.E., correspondiente a la vigencia 2021 en el Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión- FURAG; se estableció el índice institucional con un puntaje de **71.8**.

Siendo la Gestión Documental parte de la dimensión D5 "INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN"⁶ el índice de las dimensiones y gestión y desempeño D5 registra un índice de **72.4** y la Política POL GESTIÓN DOCUMENTAL tiene un resultado de **76.9** e índice detallado ASI:

INDICE DETALLADO POLITICA DE GESTION Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	PUNTAJE
Calidad del componente Administrativo de Archivos	74.7
Calidad del componente cultural	68.6
Calidad del componente documental	85.0
Calidad del componente estratégico	78.3
Calidad del componente tecnológico	33.00

A la POL GESTIÓN DOCUMENTAL, luego de conocido el resultado se han agregado algunas recomendaciones presentadas así:

#	POLÍTICA	RECOMENDACIONES	OBSERVACION CONTROL INTERNO
1	Gestión Documental	Incluir en la Planeación Estratégica de la entidad, las actividades de gestión documental.	
2	Gestión Documental	Identificar los Fondos Documentales Acumulados de la entidad -FDA.	
3	Gestión Documental	Implementar las Tablas de Valoración Documental - TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado de la entidad.	Resolución 0276 de 2022
4	Gestión Documental	Publicar en la página web de la entidad las Tablas de Valoración Documental - TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado de la entidad.	Link: Transparencia y acceso a la información pública /Instrumentos de Gestión de información pública No. 10.6 TRD

⁶ tiene como propósito: 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.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

#	POLÍTICA	RECOMENDACIONES	OBSERVACION CONTROL INTERNO
5	Gestión Documental	Implementar el Sistema Integrado de Conservación - SIC de la entidad.	
6	Gestión Documental	Publicar en el sitio web de la entidad, en la sección de transparencia y acceso a la información pública, el documento del Sistema Integrado de Conservación - SIC de la entidad.	
7	Gestión Documental	Incluir en el Sistema Integrado de Conservación, el plan de conservación documental.	
8	Gestión Documental	Incluir en el Sistema Integrado de Conservación, el plan de preservación digital a largo plazo.	
9	Gestión Documental	Realizar actividades de prevención de emergencias y de atención de desastres en los sistemas de archivo de soportes físicos de la entidad.	
10	Gestión Documental	Desarrollar acciones frente al manejo de los residuos generados en los procesos de gestión documental articulados a la política de gestión ambiental de la entidad.	
11	Gestión Documental	Adquirir equipos de apoyo al proceso de gestión documental que sean amigables con el medio ambiente y acorde con la política de gestión ambiental de la entidad.	
12	Gestión Documental	Gestionar de manera adecuada los residuos de aparatos eléctricos y digitales acorde con la política nacional y la política de gestión ambiental de la entidad.	
13	Gestión Documental	Identificar los documentos electrónicos que genera y son susceptibles de preservar a largo plazo.	
14	Gestión Documental	Definir estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing), 3*.+9/ para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.	
15	Gestión Documental	Ejecutar y documentar estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing) para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.	
16	Gestión Documental	Implementar el Plan de Preservación Digital.	
17	Gestión Documental	Identificar el inventario documental a cargo de la entidad relacionado con los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria Histórica y Conflicto Armado.	
18	Gestión Documental	Identificar en las Tablas de Retención Documental los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria Histórica y Conflicto Armado a cargo de la entidad, definiendo los tiempos de retención y disposición final.	
19	Gestión Documental	Identificar en las Tablas de Valoración Documental los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria Histórica y Conflicto Armado a cargo	

CSY

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

#	POLÍTICA	RECOMENDACIONES	OBSERVACION CONTROL INTERNO
		de la entidad.	
20	Gestión Documental	Identificar los índices de información clasificada y reservada para los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria Histórica y Conflicto Armado a cargo de la entidad.	
21	Gestión Documental	Identificar las tablas de control de acceso de la información clasificada y reservada para los archivos de Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario, Memoria Histórica y Conflicto Armado a cargo de la entidad.	
22	Gestión Documental	Crear los expedientes electrónicos con los respectivos componentes tecnológicos (de autenticidad, integridad, fiabilidad, disponibilidad) que requiera la entidad.	
23	Gestión Documental	Incluir en el presupuesto de la entidad recursos para el desarrollo de los instrumentos archivísticos para la adecuada gestión documental.	
24	Gestión Documental	Incluir en el presupuesto de la entidad recursos para atender los requerimientos de custodia de los documentos.	
25	Gestión Documental	Aplicar la Hoja de Control como parte del proceso de organizacional documental de la entidad.	
26	Gestión Documental	Definir e implementar un proceso para la entrega de archivos por desvinculación o traslado del servidor público.	
27	Gestión Documental	Definir e implementar un proceso para la entrega de archivos por culminación de obligaciones contractuales.	
28	Gestión Documental	Incluir los documentos audiovisuales (video, audio, fotográficos) en cualquier soporte y medio (análogo, digital, electrónico), en los instrumentos archivísticos de la entidad.	
29	Gestión Documental	Contemplar los expedientes electrónicos de archivo en las Tablas de Retención Documental de la entidad.	
30	Gestión Documental	Implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA en la entidad.	
31	Gestión Documental	Definir el modelo de requisitos de gestión para los documentos electrónicos de la entidad.	
32	Gestión Documental	Utilizar la digitalización de documentos para su consulta.	
33	Gestión Documental	Utilizar la digitalización de documentos para la gestión y trámite de asuntos de la entidad.	
34	Gestión Documental	Utilizar la digitalización de documentos para fines probatorios.	
35	Gestión Documental	Utilizar la digitalización de documentos para la fines de preservación.	
36	Gestión Documental	Utilizar la digitalización de documentos para contar con copia de seguridad.	

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

#	POLÍTICA	RECOMENDACIONES	OBSERVACION CONTROL INTERNO
37	Gestión Documental	Implementar en la entidad un proceso de capacitación que permita al servidor conocer los objetivos institucionales ligados a la actividad que ejecuta.	
38	Gestión Documental	Implementar una organización documental adecuada, y disponer de instrumentos archivísticos que le permitan a la entidad dar manejo a los Fondos Documentales recibidos.	

Fuente: Resultados del FURAG 2021

FORTALEZAS

Partiendo de las Auditorias de Gestión Documental y de los planes de mejoramiento derivados de las Auditorias del ente de Control se han generado acciones de mejoramiento para la entidad, algunas de ellas reportadas en el documento de observaciones al pre informe de la presente Auditoria:

- ✓ La adopción de las TRD de la E.S.E. Hospital universitario de la Samaritana, luego de ser convalidadas por el Consejo Departamental de Archivo.
- ✓ Implementación de las tablas de Valoración Documental TVD, a fin de proceder a la eliminación y/o conservación permanente.
- ✓ Inscripción en el Registro Único de Series Documentales RUSD.
- ✓ Inclusión de los medios electrónicos en las TRD
- ✓ Se han realizado actas de compromiso y retroalimentación a líderes y servidores públicos de varias áreas, con el fin eliminar el uso de unidades de conservación folder, A-Z; programa de almacenamiento y re almacenamiento de la serie planos.
- ✓ La realización en cada vigencia de capacitaciones, inducciones y reinducciones.
- ✓ Incorporación a las TRD de los medios electrónico

DEBILIDADES

- Falta de directrices de alto nivel, para el manejo de los archivos de Gestión.
- Ausencia de controles a los riesgos generan materialización de los riesgos.
- Uso indebido del inmobiliario de los archivos de gestión.
- Alta rotación de personal.
- La falta de interés en el labor o tarea, la falta de compromiso para la adherencia y diligencia de los servidores públicos en la implementación y aplicación del *Manual Organización del Acervo Documental* (clasificación, ordenación y transferencia).

3. RECOMENDACIONES

RIESGOS DE GESTION DOCUMENTAL

Los riesgos identificados de la matriz Institucional 2022 y del proceso de Gestión de la información 2022, que incluyen la gestión documental se encuentran publicados en la página WEB y sitio oficial de la información y comunicaciones de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en el sistema de

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

gestión de calidad Integrado ALMERA, en los mismos medios se encuentran publicadas las Matrices de Riesgos de corrupción 2022 de la E.S.E.; en cada uno de ellos se evidencian lo siguiente:

Condición:

En la página WEB, conforme a la normatividad link de transparencia y acceso a la información pública/ planeación/ numeral 6.1.7 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de conformidad con el Art. 73 de Ley 1474 de 2011/ Plan anticorrupción y Atención al ciudadano 2022, se observa:

Archivo de Excel denominado '*Matriz de riesgos II trimestre 2022*', formato sin codificación, documento sin título, ni nombre, ni fecha, ni firma o rubrica alguna que certifique su elaboración y/o aprobación, realizada la verificación no se evidencia presentación y aprobación del Comité Institucional de Gestión y desempeño -MIPG, el formato en que se publican los riesgos no se encuentra codificado y/o publicado, este documento identifica sesenta y siete (67) riesgos de la E.S.E., del proceso de Gestión de la información se evidencia la identificación de dos (2) riesgos:

18. **Posibilidad de acceso indebido a los sistemas de información para el uso no apropiado de la información contenida en los sistemas en favorecimiento propio o de un tercero**, sistema de riesgo estratégico – tipología Corrupción – zona de riesgo residual ALTO.
19. **Posibilidad de pérdida de información del HUS y sus sedes, debido, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información e inconsistencia en la ejecución de los procedimientos para el manejo de la documentación**; no se evidencia el control y/o los controles de los riesgos identificados, la estructura (responsable, acción, complemento) los atributos para la valoración, los atributos de eficiencia.

El sistema de gestión de calidad Integrado ALMERA, dentro del proceso de Gestión de la información identifica los mismos dos (2) riesgos identificados en la '*Matriz de riesgos II trimestre 2022*', los cuales para lo procedente en Gestión Documental reconocen: En el primer riesgo identificado, de manera general hace relación al uso indebido de la Gestión Documental; y el segundo riesgo identificado está dirigido a la pérdida de información del HUS en la *ejecución de los procedimientos para el manejo de la documentación*.

Los riesgos identificados dentro del sistema de gestión de calidad Integrado ALMERA, se evidencian en el análisis preliminar (riesgo inherente)⁷, definiendo el nivel de severidad para estos riesgos identificados en el proceso, como se observa en la imagen:

CMY

⁷ En el sistema de gestión de calidad Integrado ALMERA, riesgo absoluto: La matriz de riesgo absoluto presenta el estado del proceso antes de aplicar controles.

OFICINA DE CONTROL INTERNO

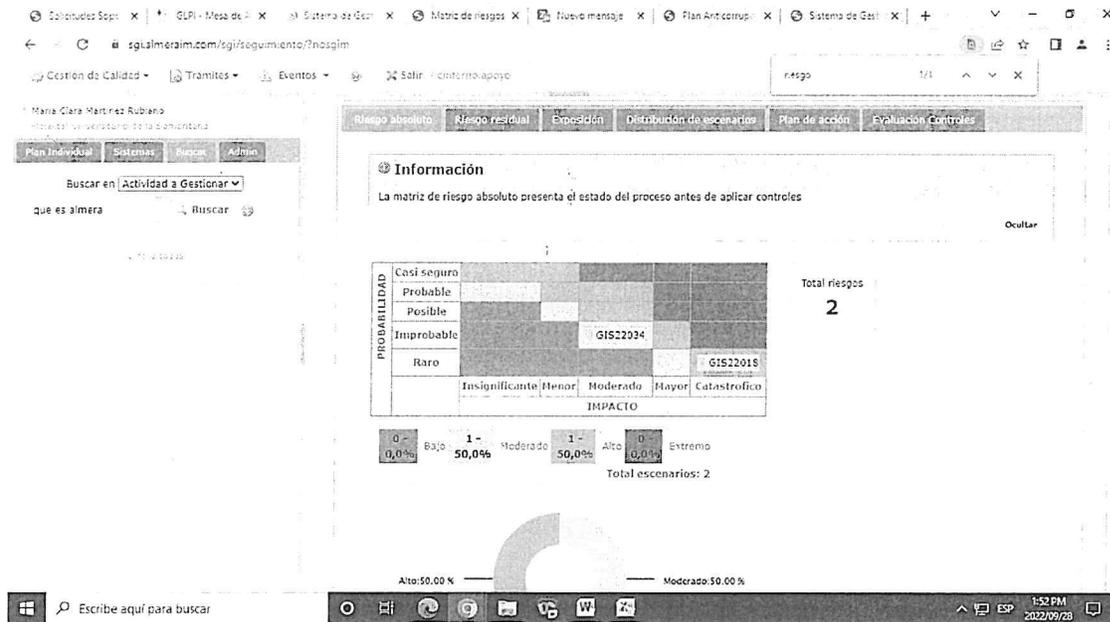
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:



Estos riesgos contienen cada uno, cinco (5) controles⁸ a fin de mitigar y/o eliminar el riesgo; verificados los controles se observa en el riesgo No. 18:

- Procedimiento de Retiro del Talento Humano 02TH04-V2 Actividad No. 1 'Recibir y tramitar notificación del retiro', en su descripción ninguna de las acciones registra pertinencia a fin de mitigar este riesgo.
- Inducción y entrenamiento en puesto de trabajo. Actividad No. 6 – 'Realizar Inducción' y 7 'Realizar evaluación sobre los temas de inducción', en su descripción ninguna de las acciones registra pertinencia a fin de mitigar este riesgo.
- Control de préstamos documentales – formato para su diligenciamiento, por lo tanto no es un control, es una herramienta para desarrollar un control.
- Manual de Seguridad Informática, (no contenido dentro del procesos de Gestión de la Información) y Manual Reglamentación De Historia Clínica, documentos de extenso contenido que recogen múltiple información de seguridad, no se define en donde se localiza el control.

Del riesgo identificado con el No. 19 en la 'Matriz de riesgos II trimestre 2022' y en el proceso de Gestión de la información del sistema de gestión de calidad Integrado ALMERA, este riesgo contiene cinco (5) riesgos y son:

- Manual de Seguridad Informática, (no contenido dentro del procesos de Gestión de la Información) y el Manual de organización del acervo documental, son documentos de extenso contenido que recogen múltiple información de seguridad, y los criterios en cuanto a ordenación, clasificación y descripción documental, por lo tanto no se define en donde se localiza el control.
- Los Procedimientos 'estadístico de egreso hospitalario' Actividad 1.'recibir historia clínica del área o servicio', Actividad 6 'Auditar los registros digitales y organizar los registros físicos de la historia clínica', 12. Foliar la historia clínica; el Procedimiento 'entrada y salida de historias clínicas al archivo', Actividad

⁸ Medidas que permite reducir o mitigar un riesgo.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

1. 'Solicitar la historia clínica', 3. 'Realizar entrega de historia clínica', 4. 'Devolver la historia clínica', 5. 'Recepcionar y archivar soportes físicos en la carpeta de Historia clínica generados en la atención ambulatoria', son procedimientos encaminados únicamente al manejo de la historia clínica, por lo tanto el control parcial, es únicamente para la historia clínica.

c) Procedimiento de acervo documental actividad 7. Préstamo documental y actividad 8. El procedimiento no contiene sino siete (7) actividades.

En el mismo link se evidencia la Matriz de riesgo Institucional HUS primer trimestre 2022, en donde se evidencia del proceso de Gestión de la información el riesgo '**Posibilidad de pérdida y divulgación de la información confidencial debido al inadecuado manejo de los sistemas de información**', no se evidencia la materialización y el impacto de este riesgo hace referencia al 'el deterioro documental. Disponibilidad documental. Pérdida del patrimonio documental e histórico...' y como causa está el 'No cumplimiento con las condiciones mínimas para la conservación del almacenamiento de la documentación...' ver Anexo No.1

La matriz de riesgo de corrupción 2022, sin código de formato, ni fecha, ni firmas de elaboración y aprobación, con once (11) riesgos de corrupción de la vigencia, para el proceso de Gestión de la información identifica el riesgo de: '**Posibilidad de acceso indebido a los sistemas de información para el uso no apropiado de información contenida en los sistemas en fenecimiento propio o de un tercero**', siendo este riesgo de carácter general y/o universal para la dimensión de comunicaciones y comunicación de la E.S.E..

El Plan Institucional de Archivo – PINAR, documento aprobado en enero de 2021 reconoce los siguientes riesgos para la Gestión Documental, establece como riesgos:

Riesgos Archivo de Gestión: - Reproducción de documentos, - Acumulación de Documentos, - Daños en los soportes documentales, - Alteración del soporte documental, - Alteración de la serie de planos, Duplicidad documental. Ver Anexo No. 2.

Riesgos que se vienen materializando en la E.S.E. Hospital Universitario como se observará más adelante en la siguiente recomendación.

Criterio:

Ley 594 de 2000

Causa:

La matriz de riesgos en su componente de controles no sigue la metodología de Gestión de Riesgos en el diseño de control adoptadas por la E.S.E. y las variables determinadas por la Guía Administración del Riesgo y Diseño de controles del DAFP.

Deficientes o insuficientes controles

Falta de conocimiento o entendimiento o aplicación de los riesgos en la Gestión Documental.

Efecto:

Materialización de los riesgos, por inadecuada Gestión Documental.

Debilidades en el diseño de controles en la matriz de riesgos del proceso de Gestión Documental.

Incumplimiento normativo.

Inefectividad en el trabajo.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

OBSERVACIONES DE LA SUBDIRECCIÓN DE SISTEMAS

En sus observaciones responde:

Se cuenta con plan de mejora #2321 donde se tienen definido la actividad 14.20 de realizar actualización de la matriz de riesgos.

Revisado lo anterior se observa que este plan de mejora corresponde a un hallazgo⁹ de la Auditoría de riesgos de proceso de 2021 y la Actividad 14.20, aplicación de la metodología de riesgos para la actualización de los riesgos de proceso y corrupción 2023, de la imagen, se le dará inicio el 18/10/2022

14.20 aplicación de la metodología de riesgos para la actualización de los riesgos de proceso y corrupción 2023

El hallazgo que se determina de las conclusiones y sugerencias del Informe final de auditoría de riesgos de proceso 2021, son:

14.20 aplicación de la metodología de riesgos para la actualización de los riesgos de proceso y corrupción 2023

Avance planeado 0%

Avance real 0% (0)

Entregable:
Riesgos actualizados 2023
formatos de la metodología aplicados

Fecha Planeada	Real
2022-10-18	
2022-12-15	

ID #2321 / Hallazgo

5. El hallazgo que se determina de las conclusiones y sugerencias del informe final de auditoría de riesgos de proceso 2021, son:
De acuerdo con la auditoría realizada por Control Interno los hallazgos establecidos en la misma son:
Se debe evaluar la pertinencia y adecuación de los riesgos de los procesos con base en la metodología establecida.
No existe la formalidad de la aprobación de los riesgos de proceso ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño
No se observa la actualización de la matriz institucional de riesgo con base en los resultados de la gestión
No se observa la presentación por parte de la oficina asesora de planeación el análisis del comportamiento de los riesgos en general y por parte de los procesos de las acciones particulares a las materializaciones.
Algunos procesos consideraron que sus riesgos podían ser mejor controlados con la adquisición de tecnología, pero no fue incluido en el PUMP o de haberlo hecho no han informado del estado del trámite.

TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL -TRD

La ordenanza No. 072 de 1995 denomina la entidad:

"EMPRESA SOCIAL DE L ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

La Resolución No. 539 de noviembre de 2021 aprobó las TRD de la E.S.E. Hospital universitario de la Samaritana, conforme a la estructura organizacional establecida por Decreto 190 de octubre de 2007 por

⁹ DESCRIPCIÓN: De acuerdo con la auditoría realizada por Control Interno los hallazgos establecidos en la misma son:
Se debe evaluar la pertinencia y adecuación de los riesgos de los procesos con base en la metodología establecida.
No existe la formalidad de la aprobación de los riesgos de proceso ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño
No se observa la actualización de la matriz institucional de riesgo con base en los resultados de la gestión
No se observa la presentación por parte de la oficina asesora de planeación el análisis del comportamiento de los riesgos en general y por parte de los procesos de las acciones particulares a las materializaciones.
Algunos procesos consideraron que sus riesgos podían ser mejor controlados con la adquisición de tecnología, pero no fue incluido en el PUMP o de haberlo hecho no han informado del estado del trámite.
Los procesos que hicieron referenciación con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de riesgos no han presentado informe ni plan de mejora a partir de la información recibida.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

el cual se adopta el Acuerdo 016 de octubre de 2007 – mediante el cual se aprueba la organización interna de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

La Resolución No. 276 de julio de 2022 adopta las TRD de la E.S.E. Hospital universitario de la Samaritana, luego de ser convalidadas por el Consejo Departamental de Archivo. En el mismo acto administrativo implementa las tablas de Valoración Documental TVD, a fin de proceder a la eliminación y/o conservación permanente.

Condición:

Con la Resolución No. 539 de noviembre de 2021 en donde se aprueban las TRD de la E.S.E., se encuentran publicadas en el sitio WEB cincuenta (50) Tablas de Retención Documental- TRD, conforme a la organización interna del Decreto, en ellas se observa:

1. La Junta Directiva no contiene TRD
2. De la Dirección Científica, con la codificación de la Dirección se anexan diez (10) TRD con consecutivo numérico. (1. Otorrinolaringología, 2. Imagenología, 3. Oftalmología, 4. Anestesiología, 5. Banco de sangre, 6. Laboratorio clínico, 7. Rehabilitación terapias, 8. Nutrición y dietética, 9. Gastroenterología, 10. Farmacia).
3. De la Dirección de Atención Usuario se agregan dos (2) TRD, con consecutivo Numérico (1. ESTADISTICA, 2. TRABAJO SOCIAL).
4. De la Dirección Financiera se agregan tres (3) TRD (1. FACTURACION, 2. OBJECIONES CARTERA y 3. PRESUPUESTO), con consecutivo numérico.
5. De la Dirección Administrativa se incorporan tres (3) TRD con su correspondiente consecutivo numérico (1. Apoyo administrativo, 2. Arquitectura y mantenimiento, 3. Coordinación de mantenimiento de recurso tecnológico). Y de la Subdirección de Bienes Compras y Suministros se añade la TRD de Almacén.

De las Tablas de Retención Documental –TRD publicadas, aprobadas y adoptadas, se tomó una muestra al azar para realizar la verificación, del 18% del total de las TRD, que corresponden a nueve (9) áreas, e identificadas con el código: 200.1, 200.2, 205, 207, 208, 303, 305,500.2, 503. La verificación se realizó presencialmente, atendida por el responsable del área en el 88.9%, con un total de veintiuna (21) variables, que son parte del ARCHIVO DE GESTIÓN de cada área, en cumplimiento a la normatividad vigente y de la organización del acervo Documental; la primera de ellas es GENERAL, diez (10) corresponden a CLASIFICACIÓN, nueve (9) ORDENACIÓN y una (1) a TRANSFERENCIA DOCUMENTAL PRIMARIA, los resultados de cada grupo se presentan a continuación:

- Cuenta con TRD: el 100% de las áreas verificadas cuentas con TRD Ver detalle en Anexo No. 3.
- CLASIFICACION: hecha la verificación por cada una de las variables establecidas en la TRD, entre las que están: identifican y aplican las SERIES Y SUB SERIES, Se cumplen los términos de RETENCIÓN - archivo de Gestión, Se encuentran identificadas las SERIES, SUBSERIES y TIPOS DOCUMENTALES, Agrupa los documentos homogéneos o tipos documentales que componen la SERIE Y SUBSERIE, ; el Volumen documental es de 200 folios (y hasta 230) por EXPEDIENTE y SERIES CONSECUTIVAS, las unidades de conservación - carpetas son continuas; a estas variables se halló que el 11.1% cumplen con lo establecido en la TRD, el 18.5% lo cumple de manera parcial, no se cumple en el 48.1% de las áreas verificadas, el 18.5% no informa y no aplica al 3.7%.
A lo verificado en cuanto a Documentos DIGITALES o DIGITALIZADOS (algunos), Cuentan con el backup de la información digitalizada y copia de seguridad se observó que el 29.6% poseen documentos digitalizados (solo uno con Backup); no cuentan con backup y/o copia de seguridad el 37.0% y no informan el 33.3% de las áreas. Ver detalle en Anexo No. 3.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



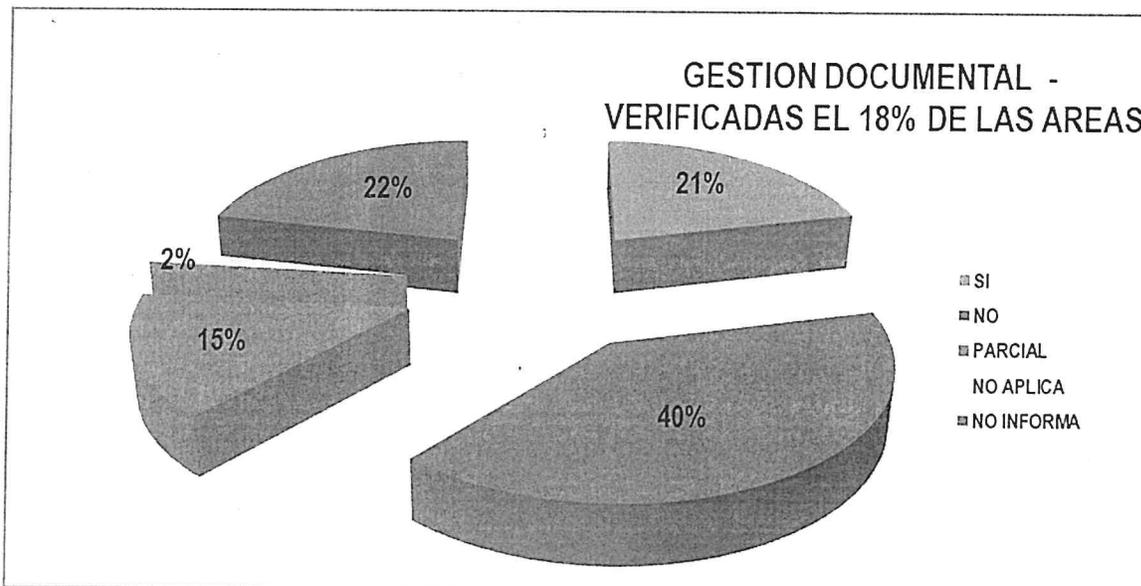
VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

- **ORDENACIÓN:** con la verificación ejecutada se establece que a las variables ordenación Cronológica, Ordenados e instalados en la unidad de conservación – carpetas, Foliados con dígitos arábigos y Rotuladas las unidades de conservación - carpetas (conforme a la TRD), el 25.0% ejecuta la ordenación cronológica (7) e instaladas en carpetas (2), el 25.0% lo hace de manera parcial (rotula y ordena las carpetas), el 16.7% no informa.
En cuanto a Están ubicados los expedientes en la unidad de conservación secundaria (archivadores o estantería), Las cajas están ubicadas de izquierda a derecha y de arriba abajo, El rotulo de la caja se encuentra diligenciado a lápiz, La ubicación de los expedientes en las cajas respetan el orden de la serie documental, según TRD, el 50.0% no cumple con estas variables, de manera parcial el 13.9% de las áreas verificadas y no informa el 36.1%.
Verificado si el archivo de gestión se encuentra ubicado en área dispuesta para el archivo, cinco (5) áreas se ubican de forma parcial, dos (2) no cuentan con áreas dispuestas y dos (2) no informan. Ver detalle en Anexo No. 3.
- **TRANSFERENCIA DOCUMENTAL PRIMARIA** se confirmó una variable: Ultima fecha de transferencia documentada, físicamente, a esta variable solamente una (1) área tiene a disposición el documento de transferencia, siete (7) no disponen del documento de transferencia y una (1) no informa. Ver detalle en Anexo No. 3.

El resultado total de las variables a la verificación está en la siguiente gráfica: Ver Anexo No.3



Además de las variables examinadas se observó:

- No hay custodia de los archivos de Gestión, en alguna de las áreas se encuentra compartida con un ente diferente a la E.S.E.
- Las TRD no cuentan con las reformas y/o transformaciones de los archivos digitales.
- uso de A-Z y folders continúa presentándose.
- Archivos de Gestión que superan la retención establecida en la TRD (varias vigencias anteriores).
- Tipos documentales de la TRD en custodia de otras áreas y/o Comités.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

- Tipos documentales que no parten integral de la TRD y/o están en de suso.
- Los archivos de gestión se encuentran ubicados en áreas no dispuestas ni con las condiciones mínimas requeridas para el archivo de Gestión (estantes cerca a la cocineta).
- Hojas de vida de los equipos en áreas diferentes y divididas.
- No hay adecuada conservación de planos y mapas de la E.S.E.
- Los informes de gestión digitales de vigencias anteriores, en los equipos de cómputo y/o en discos externos y/o las carpetas digitales compartidas.
- No se cuenta con plataformas para eliminar el plagio en los documentos de investigación.
- Hay uso de aplicativos gratis.
- Desconocimiento del personal a cargo de los archivos, del manejo de la Gestión Documental.

Con lo observado, las causas de los riesgos del archivo de gestión, incluidos en el Plan Institucional de archivo PINAR se vienen desarrollando en cuanto hay ausencia de criterios archivísticos por parte de los servidores públicos que tienen a cargo esta función; continua el uso de A-Z y fólderes; falta de conocimiento del ciclo vital de los documentos; la ausencia de unidades mobiliarias, espacios adecuados con las condiciones requeridas para la custodia de los expedientes – carpetas y/o la conservación documental; sin criterios claros para el archivo de medios magnéticos, copias de seguridad y backups; hay ausencia de mobiliario adecuado para la conservación de planos, proyectos de investigación, por lo tanto hay materialización de los riesgos.

Criterio:

Ley 594 de 2000

Causa:

Falta de conocimiento, entendimiento y aplicación de la Gestión Documental.

Desconocimiento de las normas externas e internas, procedimientos, Manuales y herramientas en materia de Gestión Documental.

El uso inadecuado de las herramientas y elementos para el correcto desempeño de la gestión documental.

Los servidores públicos no son conscientes de la pertinencia e importancia de la Gestión documental.

Efecto:

Incumplimiento normativo.

Posible Pérdida de recursos económicos, incremento de costos y gastos indebidos

Falta de efectividad y eficiencia en el trabajo.

Perdida de la trazabilidad y memoria histórica de la E.S.E.

OBSERVACIONES DE LA SUBDIRECCIÓN DE SISTEMAS

El desarrollo de esta Auditoria, como se informó en la metodología se aplicó a una muestra al Azar; como el objeto de esta Auditoria establecer es revisar y verificar del proceso de Gestión de la información, lo correspondiente a la Gestión Documental de la ES.E. Hospital Universitario – Bogotá, por lo tanto se reportaron indicadores de lo evidenciado en las etapas de la Gestión Documental de la entidad, teniendo como fuente lo establecido en la normatividad vigente y en los instrumentos construidos para su cumplimiento. (Manual(s), Plan Institucional de archivos –PINAR).

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

La Junta Directiva a pesar de estar reflejada en el Acuerdo 0190 de 2007, en el cual se establece la organización Interna de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no posee funciones establecidas en el Acuerdo No. 058 de 2019 en donde se establece el Manual de Funciones y competencias laborales, es por ello que no se puede realizar una TRD.

Verificada la ordenanza No. 072 de diciembre 1995, establece en su Artículo 10° las funciones de la Junta Directiva; y en el Decreto 190 de octubre de 2007, en el Artículo 2° reafirma las funciones de la Junta Directiva, funciones asignadas en el Artículo 11 de Decreto 1876 de 1994, en la Ordenanza 072 de 1995, el Acuerdo No. 001 de 1996 'Estatuto de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario' y el Acuerdo 06 de 2005 y las demás funciones que le asigne la autoridad competente; Sin embargo el Acuerdo 058 de 2019 no especifica funciones a la Junta Directiva. Por lo anterior se eleva para su concepto ante el AGN y a la Función Pública.

Los tipos documentales – informes de Gestión - que encuentran en los equipos de cómputo y/o en discos externos, como parte integral de las TRD aprobadas y adoptadas deberá contener la identificación establecidas en la TRD, y aplicación a los archivos como quedo establecido.

En cuanto se hace referencia al plagio¹⁰, desde la Constitución Política de 1.991 en el Artículo 61 y 58; el código Penal en el Artículo 270; la ley 1036 de 2006; entre otras normas hacen referencia al tema. Como Hospital Universitario su Control debe ser objeto de una política Institucional. El desconocimiento de la normatividad del plagio desde su concepción y definición hasta en las formas más complejas no es excusa para no prevenirlo y controlarlo¹¹.

RECOMENDACIONES AUDITORIA 2021

Revisadas las recomendaciones de la vigencia anterior, catorce (14) en total, se evidencia que el estado de las mismas esta como se relaciona a continuación y registradas en el Anexo No. 4 de la presente Auditoria.

RECOMENDACION	NUMERO	OBSERVACIÓN	INDICADOR
Con cumplimiento	3	Nos. 1, 2, 3,8	28.6%
En Desarrollo	6	Nos. 6, 9, 10, 12,14	35.7%
Sin cumplimiento	3	Nos. 4, 5, 7	21.4%
No disponible	2	Nos. 11, 13	14.3%

A estas recomendaciones les dio cumplimiento con base a la condición de la Organización Interna de acuerdo a la normatividad, las TRD adoptadas y convalidadas a partir de: a) La estructura orgánica de la entidad, b) Las funciones de las dependencias. Para ello se han venido realizando capacitaciones, socializaciones, inducciones y/o reinducciones a fin de dar cumplimiento a la normatividad archivística en general; En cuanto a la Unidad Funcional Zipaquirá y el hospital Regional Zipaquirá se cuenta con el

¹⁰ El plagio es una violación al derecho de reproducción que tienen los autores.

¹¹ Referencia Conceptualización Jurídica del Plagio en Colombia - Luis Eduardo Sanabria – Revista Colomb Cir. 2014;29:88-97

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

sistema de gestión Documental –aplicativo ORFEO, más no se cuentan identificadas con el marco de legalidad las TRD para ser alineadas conforme a la estructura organizacional.

En cuanto al Plan Institucional de Archivos PINAR, fue aprobados en enero de 2021, no se evidencia actualización, no se articularon los riesgos con los riesgos de proceso y de la matriz de riesgos institucional, de la misma manera no se ha adquirido la cultura Institucional de la importancia del sistema de Gestión Documental.

Las restantes recomendaciones cuyo componente indispensable son el compromiso, la responsabilidad y obligación de los servidores públicos se vienen desarrollando.

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.

YETICA HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado

Bogotá, octubre 3 de 2022



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



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
--------------	---------------------	-----------------------

ANEXO No. 1 RIESGO - MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL HUS PRIMER TRIMESTRE

VARIABLE	DESCRIPCION	OBSERVACIONES
PROCESO	Gestión de la Información	
REFERENCIA RIESGO	79	En consecutivo numérico corresponde al riesgo No, 71
IMPACTO	Preservación digital y deterioro documental. Disponibilidad documental. Demandas, sanciones al Hospital. Pérdida del patrimonio documental e histórico. Inoportunidad en repuestas en el reporte de información. Afectación de la imagen del Hospital de forma Negativa. Mala imagen institucional.	
CAUSA	Inadecuado manejo de los sistemas de información, fallas en los equipos informáticos. Desconocimiento de la información confidencial.	
CAUSA RAIZ	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	
DESCRIPCION DEL RIESGO	Posibilidad de pérdida y divulgación de la información confidencial debido al inadecuado manejo de los sistemas de información.	
PROBABILIDAD RESIDUAL	1) Baja, 2) Baja, 3) Muy Baja, 4) Muy baja 5) muy baja y 6) muy baja.	El tratamiento del riesgo para las seis (6) acciones de mejora, son REDUCIR EL RIESGO
IMPACTO RESIDUAL FINAL	2) Leve, 2) leve, 3) menor, 4) moderado, 5) menor y 6) muy baja	
CONTROLES	NO establecidos en la matriz de riesgo Institucional.	

Fuente: Matriz de Riesgos Institucional HUS Primer Trimestre 2022

ANEXO No. 2 PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO -PINAR - RIESGOS ARCHIVO DE GESTIÓN.

RIESGO	CAUSA	SOLUCIÓN
Reproducción de documentos	Falla de adherencia a los distintos aplicativos	Control y capacitación en la administración de la información cuya consulta y custodia es digital
Acumulación de Documentos	Ausencia de criterios archivísticos. Nuevas series documentales	Actualización TRD, inducción y reinducción.
Daños en los soportes documentales	Unidades de conservación inadecuados como A-Z, folder.	Uso de unidades de conservación carpetas y cajas normalizadas con su respectivo gancho plástico.
	Ausencia de unidades mobiliarias para la custodia de expedientes.	Adquirir mobiliarios para la custodia de expedientes.
	Elementos personales y de cafetería	Socialización de la importancia de la

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



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
---------------------	----------------------------	------------------------------

RIESGO	CAUSA	SOLUCIÓN
	en los mobiliarios donde reposan los expedientes.	preservación de los documentos
	Espacios que carecen de condiciones ambientales para la conservación documental	Adecuación e espacios propicios para la custodia documental.
	Ausencia de Criterios Archivísticos para archivar medios magnéticos como CDs.	
Alteración del soporte documental	Archivo de HC pasivas está expuesto a la humedad, ausencia de ventilación y presencia de luz natural.	Impermeabilizar muros, instalar rejillas con películas de mallas que permitan la circulación de aire sin material particulado e instalar películas de protección solar a los ventanales.
	En el archivo de HC activas se evidencia exceso de luz artificial en los expedientes.	Ubicar estratégicamente las lámparas
Alteración de la serie de planos	El mobiliario de la serie planos se usa de forma inadecuada.	Socialización de la importancia de la preservación de documentos y organización de los mismos
	Planos archivados en lonas	
Duplicidad documental	Falta de adherencia a los distintos procesos y ciclo vital de los documentos.	Ubicación de criterios y creación de carpetas compartidas entre las oficinas que intervienen en un mismo proceso documental.

Fuente: Plan Institucional de Archivo –PINAR

ANEXO No.3 RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN (por áreas)

VARIABLE	SI	NO	PARCIAL	NO APLICA	NO INFORMA
ARCHIVO DE GESTIÓN	7	2			
CLASIFICACION					
cuenta con TRD	9				0
Se identifican y aplican las SERIES Y SUB SERIES		6	2		1
Se cumplen los términos de RETENCIÓN - archivo de Gestión.		5	1	1	2
Se encuentran identificadas las SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES.		6	1	1	1
Agrupar los documentos homogéneos o tipos documentales que componen la SERIE Y SUBSERIE	2	2	3		2
Volumen documental 200 folios y hasta 230 por EXPEDIENTE y SERIES CONSECUTIVAS.	1	3	2		3
las UNIDADES DE CONSERVACIÓN - CARPETAS son continuas	3	4	1		1
Documentos DIGITALES O DIGITALIZADOS (algunos)	7				2
Cuentan con el BACKUP de la información digitalizada	1	2			6
copia de seguridad		8			1
ORDENACIÓN (Se encuentran...)					

Handwritten signature and initials

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



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
--------------	---------------------	-----------------------

VARIABLE	SI	NO	PARCIAL	NO APLICA	NO INFORMA
ORDENACIÓN Cronológica	7	1			1
ORDENADOS E INSTALADOS en la unidad de conservación - carpetas.	2	2	3		2
FOLIADOS con dígitos arábigos.		8			1
ROTULADAS LAS UNIDADES DE CONSERVACIÓN - carpetas (conforme a la TRD)			6	1	2
Están UBICADOS LOS EXPEDIENTES en la unidad de conservación secundaria (archivadores o estantería).		4	4		1
Las CAJAS están ubicadas de izquierda a derecha y de arriba abajo.		5			4
El rotulo de la caja se encuentra diligenciado a lápiz		5			4
La UBICACIÓN de LOS EXPEDIENTES en las CAJAS respetan el orden de la serie documental, según TRD		4	1		4
TRANSFERENCIA DOCUMENTAL PRIMARIA					
Ultima fecha de TRANSFERENCIA DOCUMENTADA FISICAMENTE	1	7			1
El archivo de gestión se encuentra UBICADO EN ÁREA dispuesta para el archivo		2	5		2

Fuente: Actas de verificación y Papeles de Trabajo.

ANEXO NO.4 RECOMENDACIONES AUDITORIA 2021

No.	RECOMENDACIÓN	OBSERVACIONES
1	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 CUMPLIO
2	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.	SE CUMPLIO La Unidad Funcional Zipaquirá y el hospital Regional Zipaquirá dentro del marco de legalidad de la entidad no se encuentran fundados y/creados, sin embargo en materia de capacitación se han alineado las TRD con las sedes
3	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.	SE CUMPLIO

000

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



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
---------------------	----------------------------	------------------------------

No.	RECOMENDACIÓN	OBSERVACIONES
	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.	
4	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 A SAMARITANA.	NO SE CUMPLIO
5	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.	NO SE CUMPLIO
6	Con los Resultados Medición del Desempeño Institucional 2020 ¹² 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	EN DESARROLLO
7	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 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.	NO SE CUMPLE Se han realizado capacitaciones, socializaciones, inducciones y/o reinducciones a fin de dar cumplimiento a la normatividad archivística en general, por lo que se requiere adquirir una cultura Institucional, desde los niveles Directivos, encaminada a proveer conocimiento sobre la importancia del sistema de Gestión Documental
8	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: <i>Unidades de Correspondencia</i> : 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	SE CUMPLE

¹² <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:
--------------	---------------------	-----------------------

No.	RECOMENDACIÓN	OBSERVACIONES
	de gestión documental y los programas de conservación, integrándose a los procesos que se llevarán en los archivos de gestión, centrales e históricos.	
9	Todas las comunicaciones oficiales recibidas, producidas en desarrollo de las funciones asignadas legalmente en la E.S.E. deberán tener RADICACION ¹³ y contar con la trazabilidad desde el origen hasta el destino final.	EN DESARROLLO
10	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	EN DESARROLLO
11	El/los Manuales y procedimiento de Gestión documental deberán actualizarse periódicamente y contener las actividades conforme a su real ejecución.	En los Manuales y procedimientos desde la presente vigencia no identifican las fechas de elaboración y aprobación
12	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.	EN DESARROLLO
13	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 PQRSD en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana', con el procedimiento Gestión de PQRSD con código de documento 02AUF06-V5.	
14	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	EN DESARROLLO

me

¹³ 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.

