HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

Bogotá, Marzo 7 de 2022

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

Ref.: INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORÍA CONTROL INTERNO DESDE EL 01 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2021

Cordial Saludo.
Dada la importancia de hacer seguimiento a las Recomendaciones plasmadas en cada uno de los informes de Auditoria Interna realizados desde el 01 hasta el 31 de Diciembre de 2021 y los cuales se encuentran publicados en la página Web del hospital, se realizó con cada uno de los responsables de los procesos auditados la presente Auditoría para seguimiento y revisión del formato Excel entregado con las recomendaciones y determinar si fueron realizados los respectivos Planes de Mejoramiento o en su defecto describan que actividades realizaron para subsanar las recomendaciones.

Teniendo en cuenta el Modelo de líneas de defensa se solicita de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la calidad realizar lo pertinente como Líder de la Segunda Línea de Defensa.

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

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

Anexo Ocho (8) folios del Informe y ocho (8) folios de dos Anexos al Informe

Cordialmente;

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS – Gerente
cc. Dr. EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES- Lider Control Interno Disciplinario

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

INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO COMO FUENTE AUDITORÍA CONTROL INTERNO DEL 01 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, FEBRERO DE 2022

INDICE

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Objetivo de la Auditoría 3

1.2. Antecedentes de la Auditoría 3

1.3. Alcance de la Auditoria 3

1.4. Metodología de la Auditoria 3

1.5. Base Legal 4

2. RIESGOS IDENTIFICADOS POR LOS PROCESOS 5

3. RESULTADO DE LA REVISION Y SEGUIMIENTO 5

4. CONCLUSIONES 7

5. RECOMENDACIONES 7

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Verificar el cumplimiento de las Recomendaciones plasmadas en las Auditorías realizadas desde el 01 hasta 31 de Diciembre de 2021 y verificación de la publicación en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" de los Planes de Mejoramiento por parte de los Responsables de los Procesos auditados de acuerdo al procedimiento identificado con código 02GC03-V8 "FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE PUMP, publicado el 14 de Septiembre de 2021.

1.2. ANTECEDENTES DE LA AUDITORÍA

Dada la importancia de hacer seguimiento a las Recomendaciones relacionadas en cada uno de los informes de Auditoria Interna realizados durante el mes de Diciembre de la vigencia 2021, Auditorías que se encuentran publicadas en la página Web del hospital, por lo que se hizo necesario realizar revisión con cada uno de los responsables de los procesos auditados para determinar si las recomendaciones fueron incluidas como plan de mejora o en su defecto verificar que actividades se realizaron para subsanar las recomendaciones planteadas en cada una de las Auditorías.

1.3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Fortalecer el cumplimiento del procedimiento "FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DEL PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESOS, identificado con código 02GC03-V8 de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.

1.4. METODOLOGIA DE LA AUDITORÍA

En ejercicio de la Auditoria Independiente la Oficina Asesora de Control Interno se realizara el presente Informe de Auditoría que comprende la revisión de cada una de las recomendaciones relacionadas en los Informes de Auditorías realizados desde el 01 hasta 31 de Diciembre de 2021, partiendo del diligenciamiento de la información entregada en archivo Excel por cada uno de los responsables de proceso, con base al archivo se realiza un análisis de la gestión realizada a cada una de las Recomendaciones frente a la normatividad y a lo establecido en el procedimiento referenciado con código 02GC03-V8 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

1.5. BASE LEGAL

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

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

2. RIESGOS IDENTIFICADOS POR LOS PROCESOS

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

Se advierte que de la Matriz Institucional de Riesgo 2021, que contiene ciento cuarenta y seis (146) riesgos con sus controles, en el presente Informe de Auditoria se articulan con cuatro (4) riesgos, es decir, el 3% de los riesgos del Sistema Estratégico.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO
Probabilidad de no formulación, ni ejecución planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	TALENTO HUMANO
Posibilidad de Inoportunidad en el seguimientos a las acciones de mejora debido a la falta de cumplimiento de cronogramas	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS
Posibilidad de Falta de efectividad en las acciones de mejoramiento debido a la falta de definición de acciones pertinentes	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS
Posibilidad de No inclusión en el PUMP de Oportunidades de mejora derivadas de las diferentes fuentes de mejoramiento debido a la falta de articulación de las fuentes de mejora	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS

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

3. RESULTADO DE LA REVISION Y SEGUIMIENTO

Dada la importancia de hacer seguimiento a las Recomendaciones relacionadas en los Informes de Auditorías Internas realizados desde el 01 hasta 31 de Diciembre de 2021 y los cuales se encuentran publicados en la página Web del hospital, se hizo necesario realizar el presente Informe de Auditoria con cada uno de los responsables de los procesos auditados para determinar si las Recomendaciones fueron incluidos como plan

de mejora o en su defecto informen que actividades se realizaron para subsanar las recomendaciones, así mismo con el resultado obtenido producto de la revisión y seguimiento poder registrarlo en un indicador a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno.

La metodología de trabajo fue el envío de comunicado con consecutivo Orfeo 2022110001234-1 fechado febrero 15 de 2022 donde se relacionan los Informes de Auditoría realizados dentro del periodo comprendido entre el 01 hasta 31 de Diciembre de 2021 junto con un formato en archivo Excel el cual se entregó por correo electrónico, donde además de indicarles el nombre del Informe de Auditoria también se listaron allí las recomendaciones para que diligenciaran las actividades realizadas, sea como Plan de Mejoramiento o sea para subsanar la recomendación relacionada.

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

La revisión y seguimiento se realizó a nueve (9) Auditorías realizadas dentro del periodo comprendido entre el 01 hasta 31 de Diciembre de 2021 y que se encuentran publicadas en la Página Web del hospital, las cuales cuentan con un total de cincuenta y seis (56) recomendaciones, de acuerdo al archivo Excel se recibió información con Treinta y dos (32) recomendaciones gestionadas por los Responsables de Proceso Auditados, de este total, Diecisiete (17) no requirieron Plan de Mejora y Quince (15) recomendaciones quedaron con Plan de Mejora, Veinticuatro (24) recomendaciones NO fueron atendidas, que corresponde al 43% del total de Recomendaciones presentadas en las Auditorias Finales por consiguiente no tienen un Responsable de Proceso.

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

a. AUDITORÍA LEY ANTITRAMITES, LEY RACIONALIZACIÓN, SUIT, LEY TRANSPARENCIA Y CERO PAPEL; con seis (6) Recomendaciones no atendidas.
b. INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO COMO FUENTE DE AUDITORIA CONTROL INTERNO HALLAZGO #8 A NOVIEMBRE 2021 #4; con siete (7) Recomendaciones no atendidas.
c. AUDITORÍA AUSTERIDAD DEL GASTO 2021 - III INFORME, con una (1) Recomendación no atendida.
d. INFORME AUDITORÍA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - SEGUIMIENTO A INDICADORES 2021; con ocho (8) Recomendaciones no atendidas.

ANEXO 1. Tabla Resumen recomendaciones gestionadas

4. CONCLUSIONES

En la revisión y seguimiento que se realizó en el presente Informe de Auditoría a las nueve (9) Auditorías realizadas dentro del periodo comprendido entre el 01 hasta 31 de Diciembre de 2021, las cuales tienen un total de cincuenta y seis (56) recomendaciones, donde el 57% de estas recomendaciones fueron gestionadas y el 43% restante NO se gestionaron, es decir no hubo un responsable de Proceso para las recomendaciones descritas en cada una de las Auditorías relacionadas.

Se generaron Planes de Mejora al 27% de las recomendaciones gestionadas y estos se encuentran publicados en el Aplicativo de gestión Integral "ALMERA".

5. RECOMENDACIONES

a.

Condición: Al realizar la verificación de las cincuenta y seis (56) recomendaciones descritas en las nueve (9) Auditorías realizadas en el periodo mencionado en la presente auditoria se observó que el 57% de las recomendaciones, es decir, Treinta y dos (32) recomendaciones se gestionaron, y de estas quince (15) recomendaciones se realizaron Planes de Mejoramiento. El otro 43% de las recomendaciones, es decir, Veinticuatro (24) NO se gestionaron con Planes de Mejoramiento o Actividades.

Criterio: Ley 1952 de 2019 Artículo 38, Acción y omisión en el cumplimiento de los deberes propios del cargo o función, Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, Procedimiento 02GC03, Procedimiento 02AC01, Actividad 21 y al Instructivo 08GC09.

Causa: Los responsables de los procesos auditados no generan los respectivos Planes de Mejoramiento como tampoco actividades para subsanar las recomendaciones plasmadas en el informe de Auditoría Interna Independiente.

Efecto: Dificultad para realizar la labor del aseguramiento por parte de la Oficina de Control Interno, lo cual impide que se solucionen a tiempo las desviaciones en los procesos y/o procedimientos, esto debido a que los procesos no elaboran los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorias, por lo tanto NO se puede medir el impacto del Proceso Auditor que desarrolla Control Interno, toda vez que no se puede cuantificar o cualificar las recomendaciones que se derivan del Informe de Auditoría entregado a los Auditados.

ANEXO 2. Tabla recomendaciones NO gestionadas por los responsables de proceso

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

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

YETICA JHANSVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Marzo 4 de 2022

AUDITORÍA INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO DICIEMBRE 01 AL 31 DE 2021

ANEXO 1. Tabla Resumen recomendaciones gestionadas

No. AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORÍAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
20	AUDITORÍA LEY ANTITRAMITES, LEY RACIONALIZACIÓN, SUIT, LEY TRANSPARENCIA Y CERO PAPEL	7	1	0%	0	0%	6	86%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Cientifica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantia de la Calidad
21	AUDITORÍA PGIRHS VIGENCIA 2021	4	4	0%	0	0%	0	0%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe oficina asesora de Planeación y Garantia de la Calidad NELSY DEL PILAR FLOREZ CRUZ Subdirectora Operativa Hotelería Hospitalaria
22	AUDITORÍA RENDICIÓN DE INFORMES A ENTES EXTERNOS	3	3	100%	0	0%	0	0%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Cientifica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantia de la Calidad

No. AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORÍAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
23	INFORME FINAL AUDITORÍA GESTIÓN DE RIESGOS POR PROCESOS	12	12	100%	12	100%	0	0%	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario
24	INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO COMO FUENTE DE AUDITORIA CONTROL INTERNO HALLAZGO #8 A NOVIEMBRE 2021 #4	10	3	30%	0	0%	7	70%	JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Unidad Funcional Zipaquirá

No. AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORÍAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
25	AUDITORÍA AUSTERIDAD DEL GASTO 2021 - III INFORME	3	2	67%	2	67%	1	33%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
26	AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS, PROCEDIMIENTOS SARLAF	2	2	0%	0	0%	0	0%	YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
27	AUDITORÍA DE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS	4	2	50%	0	0%	2	50%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad

No. AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORÍAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
28	INFORME AUDITORÍA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - SEGUIMIENTO A INDICADORES 2021	11	3	27%	1	9%	8	73%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Cientifica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
	TOTAL	**56**	**32**	**57%**	**15**	**27%**	**24**	**43%**	

Marzo 04 de 2022

AUDITORÍA INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO – DICIEMBRE 01 AL 31 DE 2021

ANEXO 2. Tabla recomendaciones NO gestionadas por los responsables de proceso

NÚMERO DE AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORIA	FECHA DE INFORME AUDITORIA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
20	AUDITORÍA LEY ANTITRAMITES, LEY RACIONALIZACIÓN, SUIT, LEY TRANSPARENCIA Y CERO PAPEL.	Diciembre de 2021	1. Cumplir con los principios de transparencia y acceso a la información pública. El derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones de la sociedad, sino también en el deber de publicar y divulgar documentos y archivos que plasman la actividad de interés público, la entidad está en el deber de proporcionar y facilitar el acceso a la información de la entidad a todas las personas que lo soliciten, en los términos más amplios posibles, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, y a través de los medios y procedimientos que al efecto establezca la ley, excluyendo exigencias o requisitos que puedan obstruirlo o impedirlo.	Doctor (a) SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
			2. Conforme a las tablas presentadas en el presente informe de verificación y cumplimiento, se exhorta dar cumplimiento en los ítems, en donde se requiera; ya que la información de la entidad debe estar actualizada, organizada, completa y que corresponda a lo establecido por la ley 1712 de 2014 y decreto No. 103 de 2015.	
			3. La E.S.E. generar acciones y /o actividades que permitan mantener actualizados los datos abiertos en el portal www.datos.gov.co.	
			4. La entidad debe dar cumplimiento al Registro Nacional de Bases de Datos – RNBD, el cual es un directorio público de las bases de datos, acorde con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y a los principios de la ley 1712 de 2014.	
			5. El informe de Auditoria elaborado por la Procuraduría General de la Nación, entregado en el año de 2020, establece observaciones que en el presente informe de Auditoria persisten por lo que se exhorta a dar cumplimiento de estas.	
			7. Teniendo en cuenta el Objetivo y los objetivos de la presente Auditoria, y que el acceso a la información es un ejercicio diario que los ciudadanos llevan a cabo para acercarse a la administración pública, conocer información general y de interés, y garantizar otros derechos.	

NÚMERO DE AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORIA	FECHA DE INFORME AUDITORIA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
24	INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO COMO FUENTE DE AUDITORIA CONTROL INTERNO HALLAZGO #8 A NOVIEMBRE 2021 #4	Diciembre de 2021	Las Diez (10) recomendaciones NO Atendidos en el presente Informe de Auditoria y que no tienen responsable de proceso serán verificados en la próxima revisión y seguimiento que se realizara con las auditorias del año inmediatamente siguiente, las cuales se detallan a continuación: **AUDITORIA PARA LA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID 19 A NIVEL PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD** 1. Evidenciada perdida de biológicos, se sugiere se revisen y socialicen los procedimientos, controles y protocolos creados para la actividad de control de vacunación COVID-19 en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana como lineamientos institucionales incluyendo las sedes de Zipaquirá, adicionalmente se revise la Matriz de Riesgos de corrupción y la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 en cuanto a lo que hace referencia de la custodia de biológicos e insumos.	JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Unidad Funcional Zipaquirá
			2. Informar y/o publicar oportunamente cualquier hecho que transgreda el desarrollo normal de los procedimientos del Plan Nacional de Vacunación en la Unidad Funcional y el Hospital Regional de Zipaquirá.	
			3. Dar aplicabilidad a la norma por la cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID 19, tomando como referencia los lineamientos del Departamento de Cundinamarca y el Municipio de Zipaquirá, haciendo claridad la aplicabilidad al Decreto 109, Artículo 20, Numeral 220.26. Notificar por escrito de manera inmediata al Ministerio de Salud y Protección Social, si a ello hubiera lugar, la perdida de vacunas o insumos del Plan Nacional de Vacunación: iniciar la correspondiente investigación, administrativa por parte de control interno, o quien hagas sus veces en la entidad implicada, de lo cual deberá enviar un informe al Ministerio de Salud y Protección Social.	
			AUDITORÍA 2. INFORME DE AUSTERIDAD DEL GASTO 20202. Como consecuencia del uso y manejo de recursos públicos, se deberá iniciar en los casos que corresponda y como consecuencia de las actuaciones como servidores públicos las investigaciones administrativas y/o disciplinarias a que haya lugar.	
			6. Los programas de ahorro y uso de energía, ahorro y uso eficiente de agua y programa de reciclaje deberán revisarse y establecer metas de acuerdo a las estadísticas históricas vigentes.	
			AUDITORÍA 11. INFORME DE SEGUIMIENTOS A PROCESOS INSTITUCIONALES Y LOS RIESGOS ASOCIADOS – VIGENCIA 2021 4. No se pudo evidenciar donde se puede consultar el seguimiento que se realiza al cumplimiento y trazabilidad de las directrices que imparte la Junta Directiva del Hospital en las reuniones y que se encuentran plasmadas en actas, por lo que se sugiere incluir en el plan de mejoramiento de Direccionamiento Estratégico, toda vez que en la respuesta entregada se menciona es quien custodia las actas y NO donde se puede realizar su consulta para verificar el seguimiento al cumplimiento de directrices a falta de una herramienta de trazabilidad. (Observación y/o Hallazgo de Informe Auditoria vigencia pasada).	
			AUDITORIA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI II Dado que los resultados de esta autoevaluación resultan de la aplicación de una encuesta a los responsables de procesos entre directores, subdirectores, líderes de proyecto, profesionales que lideran cada uno de los procesos de la E.S.E.	

NÚMERO DE AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORIA	FECHA DE INFORME AUDITORIA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
25	AUDITORÍA AUSTERIDAD DEL GASTO 2021 - III INFORME	Diciembre de 2021	3. Generar los planes de mejoramiento y/o acciones a incluir en los planes de mejoramiento de los procesos en cuanto se refiere a la Austeridad del gasto.	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
27	AUDITORÍA DE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS	Diciembre de 2021	2. Realizar monitoreo de cumplimiento y/o avance a la totalidad de los planes y programas verificados y/o en su defecto realizar análisis del mismo. 4. Hacer uso del presente informe para que desde el área de Direccionamiento estratégico para que se incorporen a los informes de gestión de los responsables y se realice periódicamente un análisis de sus indicadores de avance y/o cumplimiento.	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad

NÚMERO DE AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORIA	FECHA DE INFORME AUDITORIA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
28	INFORME AUDITORÍA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - SEGUIMIENTO A INDICADORES 2021	Diciembre de 2021	1. Se recomienda actualizar el Procedimiento CONTROL DE INDICADORES identificado con Código 02GC11-V2 y dar aplicabilidad a lo que establece la Ordenanza No. 072 de la Asamblea de Cundinamarca en su Artículo 2°.	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
			3. Se recomienda que en la transformación de información y/o en la construcción de indicadores se reflexione en cuanto a que: El valor de un indicador nos de la imagen fija del proceso que se mide, por lo tanto el valor de un indicador tiene mayor credibilidad en cuanto se identifique correctamente, se tenga una clara tendencia y unidad de medida, haya una razonable relación entre las variables y genere coherencia con la medición estadística.	
			5. Los resultados de la medición de los objetivos estratégicos, de la misión y visión deben estar en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA", en el proceso de Direccionamiento Estratégico con su respectivo análisis, lo cual constituye la revisión por la dirección. De igual manera, el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" debe arrojar de manera automática el resultado de la medición de cada objetivo estratégico pues cada indicador está asociado con un Objetivo Estratégico; el análisis del mismo deberá realizarse por la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad con la información aportada por el responsable de los indicadores.	
			7. La medición del avance del cumplimiento de los objetivos estratégicos y de la Misión y Visión, debe estar soportada con los indicadores publicados en el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" por parte de los distintos procesos; determinando cuantos indicadores aportan al cumplimiento del objetivo, cual es el peso que cada indicador tiene dentro de la medición del objetivo y cuales indicadores no están arrojando los resultados esperados según la meta propuesta, esto con el fin de llevar un correcto monitoreo por parte de los procesos responsables y tomar decisiones gerenciales para que no se va comprometida el cumplimiento de la plataforma estratégica.	
			8. Se debe tener un documento claro en el que se establezcan cuáles son los indicadores que aportan a la medición de cada objetivo estratégico y a que proceso pertenecen, lo anterior con el fin de que los responsables se comprometan de manera clara en la consecución de los mismos en los acuerdos de gestión, compromisos laborales y comportamentales, planes de mejoramiento etc.	
			9. Se debe hacer revisión periódica por parte del Comité Directivo de los resultados de la medición de la plataforma estratégica.	
			10. Se debe asignar presupuesto y/o cuantificarlo a las actividades del POA y PI máxime cuando con ellas se está midiendo el cumplimiento de los objetivos estratégicos, ello permitirá que se observe de manera clara cuanto recurso se está asignando a cada uno de ellos, hacer el correspondiente monitoreo y toma de decisiones oportunas.	
			11. A manera de ejemplo observamos que en la actual plataforma estratégica Objetivo No. 3 - Conformación de Centros de Excelencia, que fue establecido por la anterior Gerencia, no hay claridad sobre el cumplimiento del mismo, para que tal situación no se repita se deben atender las anteriores recomendaciones.	

Marzo 04 de 2022