



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

CUNDINAMARCA
¡REGIÓN
Que Progresa!
EN SALUD



Al contestar por favor cite:2022110011766-1



05GIS15 – V7 Página 1 de 1

Bogotá, Octubre 26 de octubre 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/ ANA CAROLINA SERNA RUBIO - Coordinadora Unidad Funcional Zipaquirá/ NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA - Jefe Oficina Asesora Jurídica/ LEONARDO DUARTE DIAZ - Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Informe de seguimiento a las acciones de Mejoramiento de fuente Auditoria de Control Interno desde enero 1 hasta 30 de junio de 2022

Cordial Saludo.

Dada la importancia de hacer seguimiento a las recomendaciones plasmadas en cada uno de los informes de Auditoria Interna realizados desde Enero 01 hasta Junio 30 de 2022 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 describir 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 para que se realicen los planes de mejoramiento y/o actividades por parte de cada uno de los responsables de procesos, siguiendo los lineamientos enmarcados en el Instructivo Formulación, Seguimiento y Cierre de Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP en AILMERA de fecha Febrero 09 de 2022.

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

Anexo: Dieciséis (16) folios

Atentamente,

YETICA JHASVELLI HÉRNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS – Gerente
cc. Dr. EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDEZ - Líder Control Interno Disciplinario



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 AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

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

**INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORÍA
CONTROL INTERNO – DE ENERO 01 A JUNIO 30 DE 2022.**

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, SEPTIEMBRE DE 2022

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page.

A handwritten mark or signature in black ink, located in the bottom left corner of the page.

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



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

INDICE

1. ASPECTOS GENERALES	
1.1. Objetivo de la Auditoría	3
1.2. Antecedentes de la Auditoría	3
1.3. Alcance de la Auditoria	3
1.4. Metodología de la Auditoria	3
1.5. Base Legal	4
2. RIESGOS IDENTIFICADOS POR LOS PROCESOS	5
3. RESULTADO DE LA REVISION Y SEGUIMIENTO	6
4. CONCLUSIONES	9
5. RECOMENDACIONES	9

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Verificar el cumplimiento de las Recomendaciones plasmadas en las Auditorías realizadas desde el 01 de Enero hasta 30 de Junio de 2022 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-V9 "FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE PUMP, publicado el 8 de Febrero de 2022.

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 desde Enero 01 hasta Junio 30 de 2022, 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-V9 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 Enero 01 hasta Junio 30 de 2022, 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-V9 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

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 Instrutivo.
- **Decreto 1083 de 2015** – “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.
- **Decreto 648 de 2017** – “Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamento Único del Sector de la Función Pública”.
- **Resolución D.C. No.0049 de Febrero 20 de 2017** – “Por medio del cual se establece el Procedimiento para la elaboración y presentación de los Planes de Mejoramiento de los sujetos de Control de la Contraloría de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones”.
- **Resolución D.C. No.0330 de Agosto 04 de 2019** – “Por medio del cual se modifica el Artículo 5° de la Resolución D.C. No.0049 de 2017 de la Contraloría de Cundinamarca”.
- **Resolución D.C. No.0031 de Enero 30 de 2019** – “Por medio del cual se modifica el Artículo 7° de la Resolución D.C. No.0049 de 2017 de la Contraloría de Cundinamarca”.
- **Resolución D.C. No.0045 de Enero 20 de 2021** – “Por medio del cual se reglamenta la rendición de la cuenta e informes, su revisión y se dictan otras disposiciones”.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

2. RIESGOS IDENTIFICADOS POR LOS PROCESOS

Siendo los seguimientos una actividad independiente de Control Interno que comprende el análisis y evaluaciones de los resultados de las acciones de gestión de los procesos y siendo la responsabilidad del auditor identificar un factor de riesgo para alcanzar el objetivo del control en el presente informe de Auditoria, basados en las respuestas a las solicitudes de información se identificó y articuló con cada uno de los seguimientos, tomando la Matriz Institucional de Riesgos 3er. Trimestre de 2022, la cual fue publicada en la página Web del Hospital y aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG con acta sin número de fecha Octubre 06 de 2022; Matriz de Riesgos de Corrupción 2022, publicada en la página Web del Hospital y aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG con acta No.2022-01 de fecha Enero 27 de 2022. Matrices que se encuentran vigentes al momento de realizar la presente Auditoria.

Plan Anticorrupcion y Atencion al Ciudadano 2022

Thursday, 01 de October de 2020

[ACTA COMITE EXTRAORDINARIO MIPG 10/06/2022](#)

[Plan anticorrupcion y atencion al ciudadano v IV 06/10/2022](#)

[Estrategia de racionalizacion de tramites 2022 v IV- 06/10/2022](#)

[Matriz de riesgos institucional III trimestre 2022](#)

[Seguimiento a agosto del Plan anticorrupcion y de Atencion al Ciudadano 2022](#)

[Matriz de riesgos II trimestre 2022](#)

[Informe de segundo trimestre de riesgos de corrupcion 2022](#)

[Matriz de Riesgo por Proceso](#)

[Informe de Riesgos de Corrupción I trimestre 2022](#)

[Riesgos por Proceso I Trimestre de 2022](#)

[PLAN ANTICORRUPCIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO 2022 V2 modificado 15/03/2022](#)

[Estrategia de Racionalización De Trámites 2022 V2 MODIFICADO 15/03/2022](#)

[Estrategia de racionalización de tramites 2022](#)

[Mapa de riesgos de corrupcion 2022](#)

<https://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=106>

VIRTUAL

- Formularios para recepción las Preguntas, Quejas y Reclamos PQRSDF
- Referenciación Comparativa
- Usuarios y Pacientes
- SOLICITUD DE CITAS MEDICAS
- Entes de Control
- Convocatorias Públicas
- Sección Infantil

Tweets de @ESE_HUS

HospitalLaSamaritana retweeted

Secretaría... @... · 26 ago.

11:19 a.m. 25/10/2022

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



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

En el presente informe de Auditoría no se encontró Recomendaciones que se articulen con algún Riesgo relacionado en la Matriz Institucional de Riesgos - 3er. Trimestre de 2022, matriz que contiene Cuarenta (40) riesgos con sus controles. Como tampoco en la Matriz de Riesgos de Corrupción 2022, matriz que contiene Once (11) riesgos con su valoración de controles previos y posteriores.

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 Enero 01 hasta Junio 30 de 2022 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 2022110010787-1 fechado Septiembre 28 de 2022 donde se relacionan los Informes de Auditoría realizados dentro del periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2022 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 igualmente se solicita registrar como o con que actividades las subsanaron e indicar que soportes quedaron como evidencia a las actividades realizadas.

La revisión y seguimiento se realizó a cinco (5) Auditorías realizadas dentro del periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2022 y que se encuentran publicadas en la Página Web del hospital, las cuales cuentan con un total de cuarenta y dos (42) recomendaciones, de acuerdo al archivo Excel se recibió información con Cuatro (4) recomendaciones gestionadas por los Responsables de Proceso Auditados, de este total, Tres (3) no requirieron Plan de Mejora y Una (1) recomendación quedo con Plan de Mejora.

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



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

Treinta y ocho (38) recomendaciones NO fueron atendidas, que corresponde al 90% del total de Recomendaciones presentadas en las Auditorias Finales y por consiguiente no tienen un Responsable de Proceso que atienda las recomendaciones plasmadas en este informe de Auditoría.

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

- a. *Rendición Cuenta SIA OBSERVA 2021*; con dos (2) Recomendaciones no atendidas.
- b. *Auditoría informe de seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente Auditoría de Control Interno – Diciembre 01 al 31 de 2021*; con veintidós (22) Recomendaciones no atendidas.
- c. *Resultados de la encuesta Autoevaluación de Implementación Del Modelo Estándar de Control Interno "MECI" Vig. 2022*; con una (1) Recomendación no atendida.
- d. *Informe Auditoría Control Interno Contable Vig. 2021*; con trece (13) Recomendaciones no atendidas.

Tabla Resumen recomendaciones gestionadas

#	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	NÚMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORÍAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
1	Rendición Cuenta SIA OBSERVA 2021	2	0	0%	0	0%	2	100%	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Oficina Asesora Jurídica MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES Gestión de bienes y servicios LEONARDO DUARTE DIAZ Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad

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



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

#	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	NÚMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORÍAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORIA
2	Auditoria informe de seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente Auditoria de Control Interno – Diciembre 01 al 31 de 2021	23	1	4%	0	0%	22	96%	JOSE JAIME PINZON RIAÑO Dirección Financiera SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Dirección Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Dirección Científica NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Dirección Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Dirección Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DUARTE DIAZ Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinación Unidad Funcional Zipaquirá
3	Auditoria Evaluación por Dependencias Vig. 2021	1	1	100%	0	0%	0	0%	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente JOSE JAIME PINZON RIAÑO Dirección Financiera SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Dirección Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Dirección Científica NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Dirección Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Dirección Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DUARTE DIAZ Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinación Unidad Funcional Zipaquirá

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



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

#	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	NÚMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORIAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
4	Resultados de la encuesta Autoevaluación de Implementación Del Modelo Estándar de Control Interno "MECI" Vig. 2022	1	0	0%	0	0%	1	100%	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente JOSE JAIME PINZON RIAÑO Dirección Financiera SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Dirección Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Dirección Científica NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Dirección Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Dirección Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DUARTE DIAZ Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinación Unidad Funcional Zipaquirá
5	Informe Auditoria Control Interno Contable Vig. 2021	15	2	13%	1	7%	13	87%	MIGUEL ANGEL LINEIRO COLMENARES Gestión de bienes y servicios JOSE JAIME PINZON RIAÑO Gestión Financiera LUZ DARY RUIZ ROMERO Gestión del Talento Humano LEONARDO DUARTE DIAZ Direccionamiento Estratégico Todos los procesos que generan hechos económicos
TOTAL		42	4	10%	1	2%	38	90%	

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

4. CONCLUSIONES

En la revisión y seguimiento que se realizó en el presente Informe de Auditoría a las cinco (5) Auditorías realizadas dentro del periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2022, las cuales tienen un total de cuarenta y dos (42) recomendaciones, donde el 10% de estas recomendaciones fueron gestionadas y el 90% restante NO se gestionaron, es decir no hubo un responsable de Proceso para las recomendaciones descritas en cada una de las Auditorías relacionadas.

Se generó Plan de Mejora al 2% de las recomendaciones gestionadas y se encuentran publicado en el Aplicativo de gestión Integral "ALMERA".

5. RECOMENDACIONES

a.

Condición: Al realizar la verificación de las cuarenta y dos (42) recomendaciones descritas en las cinco (5) Auditorías realizadas en el periodo mencionado en la presente auditoria se observó que solo el 10% de las recomendaciones, es decir, cuatro (4) recomendaciones se gestionaron, y de estas una (1) recomendación se realizó Plan de Mejoramiento. El otro 90% de las recomendaciones, es decir, Treinta y ocho (38) NO se gestionaron con Planes de Mejoramiento o Actividades para subsanar.

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 los informes de Auditoría Interna Independiente generados en el periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2022.

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 responsables de procesos no elaboran los Planes de Mejoramiento o actividades para subsanar, 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 de los Informes de Auditoría entregado a los Auditados en el periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2022..

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



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

Tabla recomendaciones NO gestionadas por los responsables de proceso

#	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
1	Rendición Cuenta SIA OBSERVA 2021	Enero de 2022	<p>Conforme al consolidado de la Contratación rendida por la E.S.E. Hospital Universitario de a Samaritana en el aplicativo SIA OBSERVA, en la vigencia 2021, se convierte esta información en la equivalente para la rendición de la cuenta anual 202113 el aplicativo SIA CONTRALORIA de la Contraloría de Cundinamarca, a rendir antes del próximo 15 del mes de febrero de 2022, conforme lo establece la Resolución 0045 de 2021 y la Circular DC 0002 de 11 de enero de 2022.</p> <p>Realizar la gestión y dar trámite a los diez (10) contratos por valor de \$1.096.809.804 que a corte 31 de diciembre de 2021 quedaron en estado VERIFICADO.</p> <p>PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD Seguimiento a las recomendaciones: A la fecha del presente informe no se evidencio respuesta al oficio de solicitud de los soportes a las recomendaciones registradas en el informe de evaluación gestión por dependencias, de las vigencias 2019 no se evidencian soportes de seguimiento a tres (3) recomendaciones, y de 2020 no se allego información alguna por parte de la oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</p>	<p>NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Oficina Asesora Jurídica</p> <p>LEONARDO DUARTE DIAZ Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad</p>
2	AUDITORIA INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO – DICIEMBRE 01 AL 31 DE 2021	Marzo de 2022	<p>Recomendaciones NO Atendidas en las Auditoría sin responsable de proceso, recomendaciones que serán verificadas y se hará seguimiento, recomendaciones que se detallan a continuación: <u>I. AUDITORÍA LEY ANTITRÁMITES, LEY RACIONALIZACIÓN, SUIT, LEY TRANSPARENCIA Y CERO PAPEL.</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. La E.S.E. generar acciones y /o actividades que permitan mantener actualizados los datos abiertos en el portal www.datos.gov.co.</p> <p>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.</p>	<p>JOSE JAIME PINZON RIAÑO Dirección Financiera SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Dirección Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Dirección Científica NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Dirección Atención al Usuario JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Dirección Hospital Regional de Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DUARTE</p>

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



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

#	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
			<p>5. El informe de Auditoría elaborado por la Procuraduría General de la Nación, entregado en el año de 2020, establece observaciones que en el presente informe de Auditoría persisten por lo que se exhorta a dar cumplimiento de estas.</p> <p>7. Teniendo en cuenta el Objetivo y los objetivos de la presente Auditoría, 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.</p> <p><u>II. INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO COMO FUENTE DE AUDITORIA CONTROL INTERNO HALLAZGO #8 A NOVIEMBRE 2021 #4</u></p> <p>Recomendaciones NO Atendidas en el pasado Informe de Auditoría y que no tienen responsable de proceso, las cuales serán verificadas en la próxima revisión y seguimiento que se realizara con las auditorías del año inmediatamente siguiente, las cuales se detallan a continuación:</p> <p>AUDITORIA PARA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS PARA VACUNACIÓN CONTRA COVID 19 A NIVEL PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>1. Evidenciada pérdida de biológicos, se sugiere se revisen y socialicen los procedimientos, controles y protocolos creados para la actividad de control de vacunación COVID-19 en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana como lineamientos institucionales incluyendo las sedes de Zipaquirá, adicionalmente se revise la Matriz de Riesgos de corrupción y la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 en cuanto a lo que hace referencia de la custodia de biológicos e insumos.</p> <p>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.</p> <p>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 pérdida de vacunas o insumos del Plan Nacional de Vacunación: iniciar la correspondiente investigación, administrativa por parte de control interno, o quien haga sus veces en la entidad implicada, de lo cual deberá enviar un informe al Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>AUDITORÍA 2. INFORME DE AUSTRERIDAD DEL GASTO 2020</p> <p>2. Como consecuencia del uso y manejo de recursos públicos, se deberá iniciar en los casos que corresponda y como consecuencia de las actuaciones como servidores públicos las investigaciones administrativas y/o disciplinarias a que haya lugar.</p> <p>6. Los programas de ahorro y uso de energía, ahorro y uso eficiente de agua y programa de reciclaje deberán revisarse y establecer metas de acuerdo a las estadísticas históricas vigentes.</p>	<p>DIAZ Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinación Unidad Funcional Zipaquirá</p>

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



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

#	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
			<p>AUDITORÍA 11. INFORME DE SEGUIMIENTOS A PROCESOS INSTITUCIONALES Y LOS RIESGOS ASOCIADOS – VIGENCIA 2021.</p> <p>4. No se pudo evidenciar donde se puede consultar el seguimiento que se realiza al cumplimiento y trazabilidad de las directrices que imparte la Junta Directiva del Hospital en las reuniones y que se encuentran plasmadas en actas, por lo que se sugiere incluir en el plan de mejoramiento de Direccionamiento Estratégico, toda vez que en la respuesta entregada se menciona es quien custodia las actas y NO donde se puede realizar su consulta para verificar el seguimiento al cumplimiento de directrices a falta de una herramienta de trazabilidad. (Observación y/o Hallazgo de Informe Auditoria vigencia pasada).</p> <p><u>IV. AUDITORÍA DE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><u>V. INFORME AUDITORÍA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - SEGUIMIENTO A INDICADORES 2021</u></p> <p>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°.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	

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



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

#	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
			<p>decisiones gerenciales para que no se va comprometida el cumplimiento de la plataforma estratégica.</p> <p>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.</p> <p>9. Se debe hacer revisión periódica por parte del Comité Directivo de los resultados de la medición de la plataforma estratégica.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
4	Resultados de la encuesta Autoevaluación de Implementación Del Modelo Estándar De Control Interno "MECI" Vig. 2022	Abril de 2022	<p>Al revisar los resultados de la Autoevaluación de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI, realizada por el Gerente, Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Profesionales que lideran cada uno de los procesos de la E.S.E. se observó que el componente con menor cumplimiento fue: Componente de Evaluación del Riesgo</p> <p>De la recomendación del presente Informe de Auditoría se debe elaborar Plan de Mejoramiento por los responsables de proceso coordinado con la Segunda línea de Defensa.</p>	Todos los Procesos
5	Informe Auditoria Control Interno Contable Vig. 2021	Junio de 2022	<p>2. Página 15 a 16 - VERIFICACION DEL HECHO ECONOMICO DE OTRAS CUENTAS POR COBRAR ARRENDAMIENTOS</p> <p>4. Página 19 a 20 - VERIFICACION DEL HECHO ECONOMICO DE SUBVENCIONES REGISTRO Y OPERACIÓN CONTABLE</p> <p>5. Página 20 a 21 - RECOMENDACIONES DE LO VALIDADO, ENVIADO Y REPORTADO EN EL APLICATIVO CHIP.</p> <p>PÁGINA 26 – PERMANENTES</p> <p>1. (1,5,6,29,30) El proceso de gestión financiera como proceso integrador de la información financiera de la E.S.E. en el desarrollo los hechos económicos, sociales, ambientales, deberá garantizar la trazabilidad de la información para que cumpla con todas las características de reconocimiento, medición y revelación.</p> <p>Por lo que deberán identificarse, clasificarse, registrarse plenamente de todos los hechos económicos, financieros, sociales y ambientales con oportunidad, criterios instaurados que permitan definir prácticas a desarrollar en la Contabilidad Pública de la E.S.E.</p>	<p>EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente</p> <p>JOSE JAIME PINZON RIAÑO Dirección Financiera</p> <p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Dirección Administrativa</p> <p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Dirección Científica</p> <p>NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA</p>

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



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

#	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
			<p>2. (9, 14) Promover y generar el conocimiento necesario de Control Interno Contable los hechos económicos, a través del programa de capacitaciones de la E.S.E., con el fin de Promover y generar el conocimiento necesario de los hechos, sucesos económicos y del proceso contable para que sean reportados oportunamente y obtenidos de manera instantánea, una vez ocurran los hechos, en procura de obtener la información financiera completa en los estados financieros presentados periódicamente.</p> <p>3. (20) Realizar las investigaciones disciplinarias a las que haya lugar y en los casos que sea pertinente.</p> <p>4. (21, 24) Se recomienda Generar conciencia en todos los responsables de los hechos económicos, el Control interno contable es transversal a todas las áreas de la E.S.E., de esta forma se garantiza que las recomendaciones se incluyan en los Planes Únicos de Mejora por proceso – PUMP con el fin de que se dé cumplimiento oportuno por parte de los responsables, a las actividades por que derivan de la competencia de cada uno y así generar compromiso global y mayor impacto en el resultado del control interno contable de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.</p> <p>5. (28, 31, 32) Para el Plan de cuentas se recomienda que de manera periódica y por lo menos una vez en cada vigencia se revise y verifique la parametrización a nivel de las cuentas, subcuentas, auxiliares, entre otros y ajustar la clasificación en los casos en que se haya advertido modificaciones y/o actualizaciones.</p> <p>PÁGINA 27 A 28 - EN DESARROLLO</p> <p>1. (3) Cada funcionario público en el ejercicio del autocontrol debe ser responsable de los bienes públicos que tiene en uso, por lo que debe responsabilizarse mediante documento del uso de los bienes a su cargo. Y a la responsabilidad de los bienes públicos en cabeza de las Empresas de Servicios Temporales, Cooperativas, Uniones Temporales, Consorcios, Asociaciones y/o Grupos Multidisciplinarios.</p> <p>2. (4) Se continúa sin identificar la totalidad de los hechos económicos, financieros, sociales y ambientales en el proceso contable; no se identifican documentalmente las interfaces en los procedimientos; por lo que se deben actualizar los procedimientos a nivel institucional para mejorar el reconocimiento, la medición, la revelación y la presentación; oportuna y de fácil lectura y análisis para los ciudadanos y usuarios de los servicios de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.</p> <p>3. (8) Los Back Up de la información financiera y económica de la E.S.E., además de estar debidamente custodiados deberán estar debidamente identificados, clasificados, organizados y con actas de entrega y verificación de las situaciones ambientales y de entorno.</p> <p>4. (18) Se recomienda que uso del sistema de información DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIO VERSIÓN NET imprescindiblemente y con carácter obligatorio se le desarrollen los ajustes pertinentes con el fin de obtener los reportes necesarios y obtener estados financieros consistentes.</p> <p>5. (34) La medición de las políticas y actividades del proceso contable nos permitirá mejorar la gestión de Control Interno Contable.</p>	<p>Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DUARTE DIAZ</p> <p>Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad GUILLERMO ALBERTO LEÓN GARCÍA</p> <p>Subdirección de Educación Médica</p>

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



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

Las Recomendaciones que se relacionaron en la tabla mencionada anteriormente serán revisadas nuevamente en la próxima auditoria que se realice en el segundo semestre de la vigencia 2022.

SOLICITUD: Las Recomendaciones registradas anteriormente en este Informe de Auditoria, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmadas 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 JHANSVELL HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Octubre 26 de 2022