

Al contestar por favor cite:2023110001798-1



05GIN15 - V8 Página 1 de 1

Bogotá, Febrero 27 de 2023

Doctor (a)
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Directora Científica
SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA
Directora Administrativa
MARLESBY SOTELO PUERTO
Directora Financiera
NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO
Directora Atención al Usuario
NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
Jefe Oficina Asesora Jurídica
LEONARDO DUARTE DIAZ
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO
Director Sede HR Zipaquirá
ANA CAROLINA SERNA RUBIO
Coordinadora Sede UF Zipaquirá
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Informe de Seguimiento a las acciones de Mejoramiento de fuente Auditoría de Control Interno realizadas desde el 01 de Julio hasta el 31 de Diciembre de 2022.

Cordial Saludo.

Dada la importancia de hacer seguimiento a las Recomendaciones plasmadas en cada uno de los informes de Auditoría Interna realizados desde Julio 01 hasta Diciembre 31 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 con el formato Excel de cada una de las recomendaciones relacionadas en las diecisiete (17) Auditorías con ciento dieciocho (118) recomendaciones publicadas, cuyo fin es determinar si fueron realizados los respectivos Planes de Mejoramiento o en su defecto describir que actividades que realizaron para subsanar las recomendaciones anotadas.

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 Procedimiento 02GC13-V1 "Formulación y seguimiento a las acciones de mejora (Preventivas, correctivas y/o Correcciones) y Procedimiento 02GIC03-10 "Formulación, seguimiento y cierre de Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP, procedimientos publicados en Almera en fecha Abril 20 de 2018 y Enero 16 de 2023 respectivamente.



Al contestar por favor cite:2023110001798-1



05GIN15 – V8 Página 2 de 1

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

Anexo: Veintinueve (29) folios

Cordialmente,

YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

c.c. Edgar Silvio Sánchez Villegas – Gerente
Edgar Humberto Rodríguez Benavides- Líder Control Interno Disciplinario

**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 – ENTRE EL 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022.**

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C. ENERO DE 2023

**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	13
5. RECOMENDACIONES	13

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 Julio hasta el 31 de Diciembre 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 02GIC03-V10 "FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DEL PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESOS", publicado en la página Web del Hospital el 16 de Enero de 2023.

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 el 01 de Julio hasta el 31 de Diciembre 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 02GIC03-V10 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 de Julio hasta el 31 de Diciembre

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

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 02GIC03-V10 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”.

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

- 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 Auditoría, 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 Auditoría.

The screenshot shows a web browser window with the URL <http://www.hus.org.co/index.php?fidcategoria=16759>. The page title is "Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2022". The main content area lists several documents, with two arrows pointing to specific entries: "Matriz de riesgos II trimestre 2022" and "Matriz de riesgos de corrupción 2022". To the right, there is a "VIRTUAL" section with a navigation menu containing buttons for: "Formulacion para recepcionar las Preguntas, Quejas y Reclamos PQRSJ", "Referencia Compulsiva", "Usarios y Pacientes", "SOLICITUD DE CITAS MEDICAS", "Entes de Control", "Convocatorias Publicas", and "Sesion Juandi". Below this menu is a "Tweets de @ESE_HUS" section showing a tweet from Hospital La Samaritana. The browser's taskbar at the bottom shows the date and time as 11:19 a.m. on 29/10/2022.

**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 el 01 de Julio hasta el 31 de Diciembre 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 2023110000801-1 fechado Enero 30 de 2023 donde se relacionan diecisiete (17) Informes de Auditoría realizados dentro del periodo comprendido entre el 01 de Julio hasta el 31 de Diciembre de 2022, junto con un formato en archivo Excel entregado por correo electrónico, donde además de indicarles el nombre del Informe de Auditoria también se listaron allí ciento dieciocho (118) recomendaciones para que diligenciaran los Planes de Mejoramiento o las actividades realizadas para subsanar las recomendaciones relacionadas; así mismo en el comunicado se dio como plazo para la presentación el archivo Excel diligenciado para el día miércoles 15 de febrero de 2015.

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.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

La revisión y seguimiento se realizó a diecisiete (17) Auditorías dentro del periodo comprendido entre el 01 de Julio hasta el 31 de Diciembre de 2022 y que se encuentran publicadas en la Página Web del hospital, las cuales cuentan con un total de ciento dieciocho (118) recomendaciones.

De acuerdo al archivo Excel se recibe información por parte de la Dirección Científica el 13 de febrero de 2023 por correo electrónico, la Dirección Financiera mediante comunicado 2023500001419-1 con fecha Febrero 14 de 2023, la Dirección Administrativa entrega información el 15 de Febrero por correo electrónico y la Oficina Asesora Jurídica mediante comunicado escrito sin consecutivo Orfeo el 16 de febrero de 2023, con base a la información reportada informan que se gestionaron setenta y tres (73) recomendaciones por parte de las tres Direcciones y la Oficina Asesora, de este total de recomendaciones gestionadas, veintisiete (27) tuvieron Planes de Mejora y cuarenta y seis (46) recomendaciones con actividades que no requirieron Planes de Mejora de acuerdo a lo descrito por los responsables de proceso.

NO fueron atendidas cuarenta y cinco (45) recomendaciones, que corresponde al 38% del total presentadas en las Auditorías Finales y por consiguiente no tienen un Responsable de Proceso que atienda estas recomendaciones que se encuentran descritas en el presente Informe de Auditoría.

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

- a. Auditoría Seguimiento al Procedimiento: Trámite de Procesos Disciplinarios a corte 1er. Trimestre 2022; con tres (3) Recomendaciones no atendidas.
- b. Auditoría de Seguimiento a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados 2022; con ocho (8) Recomendaciones no atendidas.
- c. Auditoría Austeridad del Gasto II – Enero, Febrero, Marzo, Mayo, Junio y Julio de 2022 (Bogotá y sedes Zipaquirá); con una (1) Recomendación no atendida.
- d. Auditoría de Seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente Auditoría de Control Interno – Enero a Junio de 2022; con treinta y cinco (35) Recomendaciones no atendidas.
- e. Auditoría de Gestión a PQRSDF a Septiembre 30 de 2022, Bogotá y Sedes de Zipaquirá; con cuatro (4) Recomendaciones no atendidas. Documental 2022.
- f. Auditoría de Cumplimiento a la Ley de Transparencia, a la Directiva Presidencial de Cero Papel, a la Ley Racionalización de Trámites SUIT; con dos (2) Recomendaciones no atendidas.
- g. Auditoría Austeridad del Gasto III a Septiembre de 2022; con cuatro (4) Recomendaciones no atendidas.
- h. Auditoría Gestión de Riesgos de Procesos (Riesgos y Seguimiento a Controles establecidos en la Matriz de Riesgos Institucionales) Evaluación Política y Programa de Administración de Riesgos, atendiendo metodología adoptada por la entidad – Vigencia 2022; con tres (3) Recomendaciones no atendidas.

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



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

- i. *Auditoría de Seguimiento a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados – Vigencia 2022 II; con tres (3) Recomendaciones no atendidas.*

Las recomendaciones que se presentaron con planes de Mejora como las que se presentaron con actividades realizadas para subsanar las recomendaciones, estas serán evaluadas cuando en la vigencia 2023 se realice la auditoria correspondiente, por lo anterior se requiere que cada responsable de proceso que relaciono Plan o actividad en el archivo Excel entregado para su diligenciamiento, tener los soportes mencionados allí para que sean presentados en cada una de las auditorías que se realizaran en la vigencia 2023.

Tabla Resumen Auditorías con el número de Recomendaciones de Julio 01 a Diciembre 31 de 2022

No. AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORIAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORÍA
1	Informe de Verificación de cumplimiento y Normas en materia de Derechos de Autor sobre Software 2021	3	3	100 %	0	0%	0	0%	ALFREDO TELLEZ Subdirector de Sistemas CLAUDIA YADIRA CIFUENTES SOSA Lider Proyecto Almacén
2	Austeridad del Gasto I – a Diciembre de 2021	5	5	100 %	0	0%	0	0%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA Coordinadora Sede UF Zipaquirá
3	Seguimiento al Procedimiento: Trámite de Procesos Disciplinarios a corte 1er. Trimestre 2022	3	0	0%	0	0%	3	100 %	EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES Lider Proyecto Control Interno Disciplinario

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



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

No. AUDITORIA	NOMBRE DE LA AUDITORIA	NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORIAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORIA
4	Auditoria de Seguidientos a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados 2022	10	7	70%	0	0%	3	30%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Juridica LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
5	Austeridad del Gasto II – Enero, Febrero, Marzo, Mayo, Junio y Julio de 2022 (Bogotá y Zipaquirá) Informes Actividades – Dirección Administrativa	2	1	50%	0	0%	1	50%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA Coordinadora Sede UF Zipaquirá
6	Informe Ingresos Abiertos Junio 30 de 2022	2	2	100 %	0	0%	0	0%	JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA Coordinadora Sede UF Zipaquirá

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



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

No. AUDITORIA	NOMBRE DE LA AUDITORIA	NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORIAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORIA
7	Informe Seguimiento a Acciones de Mejoramiento, fuente Auditoria Control Interno - Enero 01 a Junio 30 de 2022.	38	14	37%	0	0%	24	63%	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 Sede HR Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá
8	Auditoría de Gestión Documental 2022	13	13	100 %	13	100 %	0	0%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa ALFREDO TELLEZ Subdirector de Sistemas
9	Informe Auditoria Gestión PQRSD a Septiembre 30 de 2022, Bogotá y Sedes de Zipaquirá.	7	3	43%	2	29%	4	57%	NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario MARISOL GARAVITO BEJARANO Subdirectora Defensoría al Usuario MARTHA LUCIA GONZALEZ Subdirectora Desarrollo Humano JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Unidad Funcional de Zipaquirá
10	Auditoría de cumplimiento a la Ley de Transparencia, a la Directiva Presidencial de cero papel, a la Ley Racionalización de Trámites - SUIT.	6	4	67%	0	0%	2	33%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS Subdirector de Sistemas

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



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

No. AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORIAS	RECOMENDACIONES GESTIONADAS	%	RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA	%	RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS	%	RESPONSABLES PROCESOS NOTIFICADOS DE LA AUDITORIA
11	Austeridad del Gasto III – a Septiembre de 2022	4	0	0%	0	0%	4	100 %	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR Zipaquirá
12	Auditoría Gestión Riesgos de Procesos (Riesgos y seguimiento a Controles establecidos en la Matriz Riesgo Institucional) Evaluación Política y Programa de Administración de Riesgos, atendiendo metodología adoptada por la entidad 2022.	4	1	25%	1	25%	3	75%	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera (E) NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DIAZ DUARTE Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA Coordinadora Sede UF Zipaquirá
13	Seguimiento a Riesgos y Controles de Corrupción 2022	10	10	100 %	10	100 %	0	0%	LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera (E) NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DIAZ DUARTE Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA Coordinadora Sede UF Zipaquirá

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



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

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
14	Auditoria Seguimiento Rendición de Informes a Entes Externos en Almería - 2022.	3	3	100 %	0	0%	0	0%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera (E) NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
15	Auditoria Arqueos dineros públicos en Cajas Menores 2022 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana	1	1	100 %	0	0%	0	0%	MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera (E) MIGUEL ANGEL LINEIRO COLMENARES Subdirector de Bienes y Compras JOSE MANUEL VASQUEZ MAYORGA Lider Proyecto Tesorería JEFFREY MANOLO TORRES VALLADARES Lider Proyecto Mantenimiento FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ ROA Lider Proyecto Farmacia
16	Austeridad del Gasto IV - Noviembre de 2022	2	2	100 %	0	0%	0	0%	MIGUEL ANGEL LINEIRO COLMENARES Subdirector de Bienes y Compras
17	Auditoria de Seguidmientos a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados - Vigencia 2022-II.	5	4	80%	1	20%	1	20%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
TOTAL		118	73	62%	27	23%	45	38%	

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 diecisiete (17) Auditorías realizadas dentro del periodo comprendido entre el 01 de Julio hasta el 31 de Diciembre de 2022, las cuales tienen un total de ciento dieciocho (118) recomendaciones, donde el 62% de estas recomendaciones fueron gestionadas y el 38% 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 Planes de Mejora al 23% de las recomendaciones gestionadas y se encuentran publicados en el Aplicativo de gestión Integral "ALMERA".

5. RECOMENDACIONES

a.

Condición: Se sugiere a la Segunda Línea de Defensa (Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad) realizar el seguimiento correspondiente, toda vez que al realizar la verificación de las ciento dieciocho (118) recomendaciones descritas en las diecisiete (17) Auditorías realizadas en el periodo mencionado en la presente auditoría se observó que el 62% de las recomendaciones, es decir, setenta y tres (73) recomendaciones se gestionaron, y de estas, veintisiete (27) recomendaciones se realizó Planes de Mejoramiento. El otro 38% de las recomendaciones, es decir, cuarenta y cinco (45) NO se gestionaron con Planes de Mejoramiento o Actividades para subsanar las recomendaciones planteadas.

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 02GIC03-V10 y 02GC13-V1, Procedimiento 02AC01, Actividad 21.

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 el 01 de Julio hasta el 31 de Diciembre 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 como tampoco hay acompañamiento de la Segunda Línea de Defensa para la elaboración, 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

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



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

Informes de Auditoría entregado a los Auditados en el periodo comprendido entre el 01 de Julio hasta el 31 de Diciembre de 2022.

Las Recomendaciones que se relacionaron en la siguiente tabla con el nombre: **Recomendaciones NO gestionadas por los responsables de proceso**, serán revisadas nuevamente en la próxima Auditoría que se realizara en el primer semestre de la vigencia 2023, donde se verificara si fue realizado el respectivo Plan de Mejora o Actividad donde subsane las recomendaciones descritas en cada una de las auditorías relacionadas:

Tabla: Recomendaciones NO gestionadas por los responsables de proceso

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
3	SEGUIMIENTO AL PROCEDIMIENTO: TRÁMITE DE PROCESOS DISCIPLINARIOS A CORTE 1er. TRIMESTRE 2022	Septiembre de 2022	<p>1. CONDICIÓN: No se evidencio el traslado de los Indicadores identificados con Código 2155 y 2156 del Proceso de Gestión Jurídica al Proceso de Direcccionamiento Estratégico. Como tampoco se observó el respectivo registro del análisis de cada uno de los indicadores. CRITERIO: Guía para la construcción de Indicadores de Gestión - DAFP CAUSA: Cambio realizado de actividades de la Oficina de Control Interno Disciplinario del proceso Gestión Jurídica para el Proceso Direcccionamiento Estratégico. EFECTO: Deficiencia en traslado de indicadores y análisis de un proceso a otro.</p> <p>2. CONDICIÓN: No se evidencia actualización del Procedimiento 02DE30-V1 "Trámite de Procesos Disciplinarios" debido a que la Ley 734 de 2002 y su Articulado fue derogada, y se expidió la Ley 1952 de Enero 28 de 2019, Código General Disciplinario y la Ley 2094 de 2021 donde se reforma la Ley 1952 de 2019. CRITERIO: Ley 734 de 2002, Ley 1952 de 2019 y Ley 2094 de 2021. CAUSA: Cambio de norma por actualización de la misma. EFECTO: Desactualización en las actividades a utilizar para aplicar la norma actual en el procedimiento 02DE30-V1 "Trámite de Procesos Disciplinarios".</p> <p>3. CONDICIÓN: No se evidencio la actividad de notificación a la Dirección Financiera para la correspondiente causación y/o registro contable de las quejas recibidas para apertura de investigación de Proceso Disciplinario en el procedimiento 02DE30-V1 - "Trámite de Procesos Disciplinarios", actividad la cual debe ser al momento en que ocurre el evento o hecho económico suscitado por un proceso disciplinario. CRITERIO: Régimen de Contabilidad Pública. CAUSA: No causación oportuna de procesos disciplinarios. EFECTO: Afectación en la razonabilidad de las cuentas de orden.</p>	EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES Lider Proyecto Control Interno Disciplinario

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
4	Auditoría de Seguimientos a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados 2022	Septiembre de 2022	<p>3. OFICIO ACTAS COMITÉ DIRECTIVO – VIGENCIA 2020 Y 2021 CONDICIÓN: 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. (Recomendación de Informe Auditoría vigencia pasada). CRITERIO: Ley 87 de 1993 Artículo 12. CAUSA: Inadecuado manejo para la consulta y seguimiento documental. EFECTO: Falta de seguimiento en Gestión documental, control y seguimiento, generando dificultad para la consulta, cumplimiento y trazabilidad de la información.</p> <p>9. OFICIO ACTUALIZACION PROCEDIMIENTO 02DE09-V1 "COMITES INSTITUCIONALES" CONDICIÓN: Se evidencia que se encuentra desactualizado el Procedimiento "Comités Institucionales" Identificado con código 02DE09-V1 de Direccionamiento Estratégico con fecha de aprobación Septiembre 22 de 2016 el cual está enmarcado el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de MIPG, por consiguiente es necesaria su actualización. (Recomendación de Informe Auditoría vigencia pasada). CRITERIO: Norma Técnica Colombiana ISO 90001.de 2015. CAUSA: Falta de seguimiento en las fechas de vencimiento de los procedimientos. EFECTO: Incumplimiento en las fechas de actualización de procedimientos.</p> <p>10. OFICIO FIRMAS EN DOCUMENTOS PÚBLICOS CONDICIÓN: Se observó en los oficios recibidos que algunos servidores públicos firman con cargos que no existen en la institución y que no corresponden con el cargo con el cual fue contratado. Se sugiere se tomen acciones inmediatas con medidas correctivas para que se registre en los documentos firmados, sean internos o externos, el cargo con el cual fue contratado el servidor público. CRITERIO: Código Penal Colombiano, libro 2°, Título IX, Capítulo 3°, Artículo 286, en concordancia con el Artículo 14 de la Ley 890 de 2004. CAUSA: Desconocimiento de la norma, la cual cataloga como Falsedad Ideológica en documento público. EFECTO: Sanciones para el servidor público como al interventor del contrato.</p>	<p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa</p> <p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica</p> <p>JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero</p> <p>JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá</p> <p>ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá</p> <p>NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica</p> <p>LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad</p>

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
5	AUSTERIDAD DEL GASTO II – Enero, Febrero, Marzo, Mayo, Junio y Julio de 2022 (Bogotá y Zipaquirá) Informes Actividades – Dirección Administrativa	Septiembre de 2022	<p>2 CONDICIÓN: No se evidencio riesgos en la Matriz Institucional ni en la Matriz de riesgos por corrupción, por lo que se sugiere contemplar la posibilidad de identificar riesgos y establecer controles que permitan seguimiento y efectividad para la disminución del gasto al ser utilizados. (Recomendación de Informe Auditoria vigencia pasada).</p> <p>CRITERIO: Decreto 1737 de 1998, Decreto 984 de 2012, Circular Interna de 2019 del DAFP, Decreto 1068 de 2015, Ley 1940 de 2018, Directiva Presidencial de 2018, Decreto Departamental 238 de 2021, Directiva Presidencial 08 de 2022.</p> <p>CAUSA: Inadvertencia del problema de no identificar riesgos.</p> <p>EFFECTO: Posible Riesgo Financiero para la sostenibilidad financiera.</p>	<p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa</p> <p>JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero</p> <p>JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá</p> <p>ANA CAROLINA SERNA Coordinadora Sede UF Zipaquirá</p>
7	Informe Seguimiento a Acciones de Mejoramiento, fuente Auditoria Control Interno – Enero 01 a Junio 30 de 2022.	Octubre de 2022	<p><u>I. AUDITORÍA - Rendición Cuenta SIA OBSERVA 2021 - Enero de 2022</u></p> <p><u>PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD</u></p> <p>Seguimiento a las recomendaciones:</p> <p>2. 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><u>II. AUDITORÍA INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO – DICIEMBRE 01 AL 31 DE 2021</u></p> <p><u>Recomendaciones NO Atendidas en las Auditoria sin responsable de proceso, recomendaciones que serán verificadas y se hará seguimiento, recomendaciones que se detallan a continuación:</u></p> <p>1. AUDITORIA LEY ANTITRÁMITES, LEY RACIONALIZACIÓN, SUIT, LEY TRANSPARENCIA Y CERO PAPEL.</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>JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero</p> <p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa</p> <p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica</p> <p>NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario</p> <p>JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR Zipaquirá</p> <p>NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica</p> <p>LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad</p> <p>ANA CAROLINA SERNA RUBIO</p>

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<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>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.</p> <p>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.</p> <p>II. INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO COMO FUENTE DE AUDITORIA CONTROL INTERNO A NOVIEMBRE 2021 Recomendaciones NO Atendidas en el pasado Informe de Auditoria y que no tienen responsable de proceso, las cuales serán verificados en la próxima revisión y seguimiento que se realizara con las auditorias del año inmediatamente siguiente, las cuales se detallan a continuación: i. 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 perdida de biológicos, se sugiere se revisen y socialicen los procedimientos, controles y protocolos creados para la actividad de control de vacunación COVID-19 en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana como lineamientos institucionales incluyendo las sedes de Zipaquirá, adicionalmente se revise la Matriz de Riesgos de corrupción y la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 en cuanto a lo que hace referencia de la custodia de biológicos e insumos.</p> <p>2. Informar y/o publicar oportunamente cualquier hecho que transgrede el desarrollo normal de los procedimientos del Plan Nacional de Vacunación en la Unidad Funcional y el Hospital Regional de Zipaquirá.</p>	<p>Coordinadora Sede UF Zipaquirá</p>

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<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 perdida de vacunas o insumos del Plan Nacional de Vacunación: iniciar la correspondiente investigación, administrativa por parte de control interno, o quien haga sus veces en la entidad implicada, de lo cual deberá enviar un informe al Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	
			<p>ii. AUDITORÍA 2. INFORME DE AUSTERIDAD DEL GASTO 2020 2. Como consecuencia del uso y manejo de recursos públicos, se deberá iniciar en los casos que corresponda y como consecuencia de las actuaciones como servidores públicos las investigaciones administrativas y/o disciplinarias a que haya lugar.</p>	
			<p>iii. 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).</p>	
			<p>IV. AUDITORÍA DE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS 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>	

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<p>V. INFORME AUDITORÍA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - SEGUIMIENTO A INDICADORES 2021</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 decisiones gerenciales para que no se va comprometida el cumplimiento de la plataforma estratégica.</p>	

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<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>	
			<p><u>III. Resultados de la encuesta Autoevaluación de Implementación Del Modelo Estándar De Control Interno "MECI" Vig. 2022 - Abril de 2022</u></p> <p>1. 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 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>	

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<p><u>IV. Informe Auditoría Control Interno Contable Vig. 2021 - Junio de 2022</u></p> <p>3. (20) Realizar las investigaciones disciplinarias a las que haya lugar y en los casos que sea pertinente.</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>	
9	Informe Auditoría Gestión PQRSDF a Septiembre 30 de 2022, Bogotá y Sedes de Zipaquirá.	Diciembre de 2022	<p>1. CONDICIÓN: NO se incluyó la información referente a las sedes del Municipio de Zipaquirá, en la sección del Manual "COMO INTERPONER SUS PETICIONES PQRSDF", en sus páginas 43 y 44 del Aplicativo Almera, Manual identificado con código 01AUF03-V1. (Recomendación del Informe de Auditoría anterior). CRITERIO: Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015. CAUSA: Falta de información de las sedes de Zipaquirá en el manual publicado en el Aplicativo Almera. EFEECTO: Inefectividad en la información registrada.</p> <p>3. CONDICIÓN: No existen mediciones y/o Indicadores en las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá relacionados con PQRSDF. En el Mapa por Procesos ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA, Mediciones; se revisaron veintisiete (27) indicadores, Se sugiere la habilitación de Indicadores para las sedes en Zipaquirá. (Recomendación del Informe de Auditoría anterior). CRITERIO: Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015. CAUSA: Falta de información referente a indicadores en las sedes del Municipio de Zipaquirá. EFEECTO: Inefectividad en la toma de decisiones respecto a mejoras en la gestión de PQRSDF.</p>	<p>NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario</p> <p>MARISOL GARAVITO BEJARANO Subdirectora Defensoría al Usuario</p> <p>MARTHA LUCIA GONZALEZ Subdirectora Desarrollo Humano</p> <p>JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR Zipaquirá</p> <p>ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Unidad Funcional de Zipaquirá</p>

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORIA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<p>4. CONDICIÓN: El Análisis de los indicadores está parcialmente desactualizado, se encontró en la revisión que registra veintisiete (27) Indicadores de PQRS en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA", de estos se encontró los siguientes indicadores desactualizados en su análisis: ID 2297 Análisis a marzo de 2022, ID 2317 Análisis a Junio de 2022, ID 2314, 2319 y 2321 No tienen análisis. Se sugiere se actualice por los responsables el ANÁLISIS de los indicadores de Bogotá que se encuentran desactualizados y/o sin análisis. (Recomendación del Informe de Auditoría anterior).</p> <p>CRITERIO: Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015.</p> <p>CAUSA: Falta de información analizada por los responsables referente a indicadores de Bogotá.</p> <p>EFECTO: Inefectividad en la toma de decisiones respecto a mejoras en la gestión de PQRSDF.</p>	
			<p>6. CONDICIÓN: Se debe fortalecer la articulación de los Planes de Mejoramientos que se deriven de esta auditoría con los Planes de Mejoramiento que se realizan derivados de la Acreditación de Bogotá y las sedes en el Municipio de Zipaquirá</p> <p>CRITERIO: Procedimiento PQRSDF código 02AUF06-V5, Procedimiento Auditoría Interna Independiente código 02AC01-V1, Actividad 21 y al Instructivo 08GC09, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, Estándar 48 y Grupo estándares de mejoramiento de la Calidad del estándar 156 al estándar 160.</p> <p>CAUSA: Falta de capacitación o desconocimiento de la norma.</p> <p>EFECTO: Inefectividad en la articulación de Planes de Mejora de PQRSDF con los de Acreditación.</p>	
10	AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO A LA LEY DE TRANSPARENCIA, A LA DIRECTIVA PRESIDENCIAL DE CERO PAPEL A LEY RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES - SUIT.	Diciembre de 2022	<p>3-Los sujetos obligados en los términos de la presente ley Anti tramites deberán revisar, cada seis (6) meses, que los tramites cumplan con los lineamientos y criterios fijados por la política de Racionalización de trámites y demás normas que regulen la materia. Así mismo deberán elaborar anualmente la estrategia de racionalización de trámites de acuerdo a los dispuesto en el Artículo 73 de la ley 174 de 2011 o las disposiciones que lo desarrollen, modifiquen, sustituyan, deroguen o adicionen'.</p>	<p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS</p>

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			6- Generar acciones de mejora a fin de 'Reducir el consumo de papel.' Acompañado de una cultura de buenos hábitos y de indicadores revelan la aplicación de una de ESTRATEGIA CERO PAPEL'	Subdirector de Sistemas
11	AUSTERIDAD DEL GASTO III- A SEPTIEMBRE DE 2022	Diciembre de 2022	<p>1-Establecer el equilibrio Financiero fortaleciendo el monitoreo, seguimiento al gasto público de la E.S.E. y establecimiento de estándares por actividad.</p> <p>2- Robustecer la planeación y falta de proyecciones, que ocasionan como resultado el incremento e impacto en el monto de los servicios personales indirectos, y por consiguiente en la contratación de la ejecución de tareas y actividades perfiles. Con herramientas como la capacitación y conocimiento en materia de Austeridad del gasto, instrumentos de medición y rendimiento de la mano de obra el análisis de tiempos y movimientos, entre otros. Registro de cargos espejo en el HRZ con respecto a los de la planta de cargos y trabajadores en Misión, que administran y guían a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, como única entidad. E inexistencia de riesgos Institucionales en materia de cumplimiento al objetivo estratégico 'Lograr la Auto sostenibilidad Financiera, por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en largo plazo la rentabilidad financiera que permita reinvertir'.</p> <p>3-Actualizar a la realidad financiera del Hospital Regional de Zipaquirá, la matriz de implementación del nuevo modelo de operación, del Contrato interadministrativo de operación No. SS-CDCTI 716-2019. Dar cumplimiento de las obligaciones Numerales 4 y 5 de la cláusula cuarta y basada en su rentabilidad.</p> <p>4- Generar planes de mejora y acciones de mejora en el sistema de gestión de calidad integrado - ALMERA, sin contravenir y transgredir lo establecido en los procedimientos de la entidad.</p>	<p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR Zipaquirá</p>

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
12	Auditoría Gestión Riesgos de Procesos (Riesgos y seguimiento a Controles establecidos en la Matriz Riesgo Institucional) Evaluación Política y Programa de Administración de Riesgos, atendiendo metodología adoptada por la entidad 2022.	Diciembre de 2022	<p>2. CONDICIÓN: La Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad debe actualizar permanentemente la Matriz de Riesgos Institucionales, según monitoreo que realiza trimestralmente, donde se identifican los riesgos materializados. CRITERIO: Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 612 de 2018 CAUSA: Demoras en la actualización y publicación de la Matriz de Riesgos Institucionales EFECTO: Posibilidad de no tomar decisiones y acciones de mejora con los resultados del monitoreo realizado.</p> <p>3. CONDICIÓN: Se hace necesario que a La Matriz de Riesgos Institucionales de cada vigencia se lleven, luego de un análisis de frecuencia, probabilidad e impacto, los riesgos de mayor relevancia e importancia. CRITERIO: Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 612 de 2018. CAUSA: Debilidad en análisis de frecuencia, probabilidad e impacto de riesgos registrados en la matriz. EFECTO: Inefectividad que el riesgo no cumpla con el propósito por el que fue registrado en la matriz.</p> <p>4. CONDICIÓN: Los siguientes procesos; Facturación y Recaudo, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión de la Calidad, Gerencia de la Información, Hotelería Hospitalaria, Referencia y Contra referencia, Atención Farmacéutica, Atención al paciente Hospitalizado, Atención al paciente Quirúrgico y Banco de Sangre, reportaron haberse referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas, derivadas del manejo de los riesgos, estos deberán allegar copia del informe de referenciación radicado en la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, según los parámetros internos establecidos, informar el Plan de Mejora adoptado a partir de la referenciación y socializarlo en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. CRITERIO: Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 612 de 2018 CAUSA: Falta los informes finales correspondientes de referenciación, según parámetros Internos establecidos, como también su socialización al Comité Institucional de gestión y Desempeño. EFECTO: Inefectividad e incumplimiento de la norma interna en la entrega de informes de referenciación al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p>	<p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera (E) NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica LEONARDO DIAZ DUARTE Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA Coordinadora Sede UF Zipaquirá</p>

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
17	Auditoría de Seguimientos a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados - Vigencia 2022-II.	Enero de 2023	<p>5. OFICIO - SUPERVISIÓN DE CONTRATOS EMPRESAS TEMPORALES</p> <p>CONDICIÓN: Se evidencia ausentismo por incapacidad en Facturación del Área de consulta externa de manera repetitiva con los mismos funcionarios.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993 Artículo 12.</p> <p>CAUSA: Falta de supervisión y seguimiento a las actividades (Como incapacidades y ausentismo) que se reportan de trabajadores en misión como también la asignación de reemplazos, como lo dicta el contrato suscrito con la Empresa Temporal.</p> <p>EFECTO: Perdida de recursos económicos e ineffectividad del supervisor en la aplicación de las obligaciones del contratista generando posible riesgo en la sostenibilidad financiera del Hospital.</p>	<p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa</p> <p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica</p> <p>JOSE JAIME PINZON RIAÑO Director Financiero</p> <p>JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá</p> <p>ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá</p> <p>NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica</p> <p>LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad</p>

SOLICITUD: Las Recomendaciones registradas anteriormente en el presente Informe de Auditoria, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmadas conforme se enuncian, no pueden ser modificadas de manera total ni parcial.

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



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

El presente Informe de Auditoria es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio Web, en el Aplicativo ALMERA 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 recomendaciones aquí registradas y los Planes de Mejoramiento a que den lugar son de carácter Institucional.


YETICA JHANSVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Febrero 27 de 2023