

Al contestar por favor cite:2023110009330-1



05GIN15 - V8 Página 1 de 1

Bogotá, Septiembre 18 de 2023

Doctora  
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS  
Directora Científica  
SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA  
Directora Administrativa  
YANET CRISTINA GIL ZAPATA  
Directora Financiera  
NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO  
Directora Atención al Usuario  
JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO  
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  
EDGAR HUMBERTO RODRÍGUEZ BENAVIDES  
Líder Proyecto Control Interno Disciplinario  
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
E. S. D.

**Ref.: Informe Final de Seguimiento a las acciones de Mejora  
de fuente Auditoría de Control Interno desde Enero 01 hasta  
Junio 30 de 2023**

Cordial Saludo.

Dada la importancia de hacer seguimiento a las Recomendaciones plasmadas en cada uno de los informes de Auditoría Interna realizados desde Enero 01 hasta Junio 30 de 2023 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.



Al contestar por favor cite:2023110009330-1



05GIN15 - V8 Página 2 de 1

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 "FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DEL PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESOS, identificado con código 02GIC03-V10 .

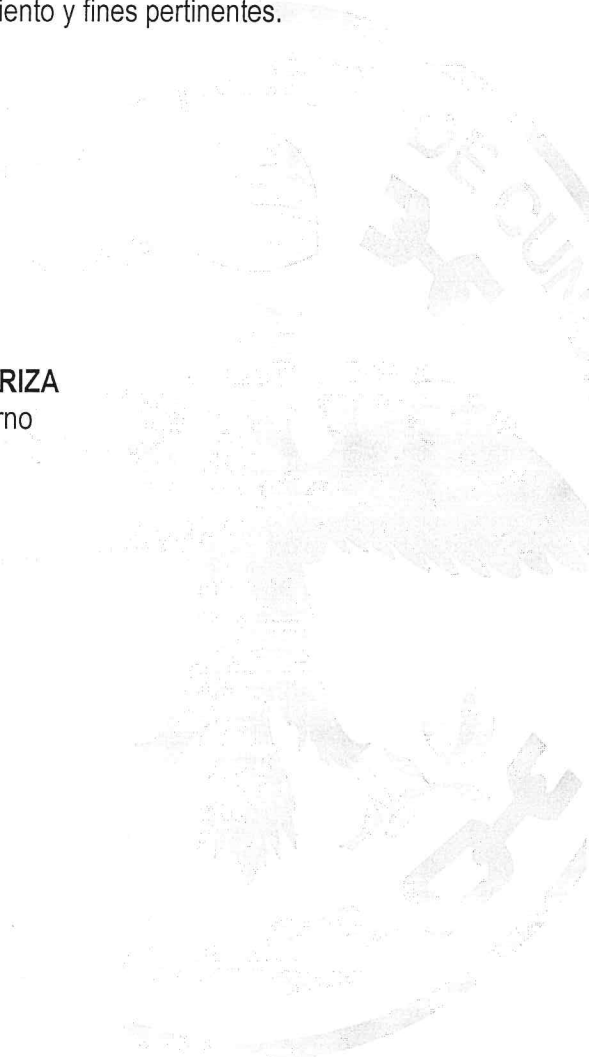
Por lo anterior se envía el Informe final respectivo para su conocimiento y fines pertinentes.

Anexo: Veintiún (21) folios

Atentamente,

**YETICA JHASVELL HERNÁNDEZ ARIZA**  
Jefe Oficina Asesora de control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS - Gerente



**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 2023.**

**INFORME DE AUDITORÍA**

**Bogotá D.C, AGOSTO DE 2023**

A handwritten signature in black ink, located at the bottom left of the page.

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

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



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

**INDICE**

<b>1. ASPECTOS GENERALES</b>	
1.1. Objetivo de la Auditoría	3
1.2. Antecedentes de la Auditoría	3
1.3. Alcance de la Auditoría	3
1.4. Metodología de la Auditoría	3
1.5. Base Legal	4
<b>2. RIESGOS IDENTIFICADOS POR LOS PROCESOS</b>	<b>5</b>
<b>3. RESULTADO DE LA REVISION Y SEGUIMIENTO</b>	<b>6</b>
<b>4. CONCLUSIONES</b>	<b>11</b>
<b>5. RECOMENDACIONES</b>	<b>12</b>

# 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 2023 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 PUMP, publicado el 14 de Junio 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 Auditoría Interna realizados desde Enero 01 hasta Junio 30 de 2023, 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 registradas en cada uno de los Informes de Auditoría fueron incluidas como plan de mejora o en su defecto verificar que actividades se realizaron para subsanarlas, indicando los soportes correspondientes.

### 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 Auditoría Independiente la Oficina Asesora de Control Interno 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 entregado se realiza un análisis de la gestión verificando 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.

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

# 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 evaluación de los resultados de las acciones de gestión de los procesos y siendo una responsabilidad del auditor, el 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 2023, publicada en la página Web del Hospital, con ruta de acceso "Planeación, Gestión y Control – Planes, Programas y Proyectos – Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano - Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano 2023 – Matriz de Riesgos de Corrupción 2023". Matrices que se encuentran vigentes al momento de realizar la presente Auditoría.



# 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 2023, matriz que contiene Once (12) 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 2023 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 como fueron; la Gerencia, Dirección Administrativa, Dirección Financiera, Dirección Científica, Dirección de Atención al Usuario, Subdirección de Sistemas, Subdirección de Desarrollo Humano, Subdirección de Educación Médica, Subdirección de Compras y Suministros, Proyecto Tesorería, Proyecto Facturación Proyecto Farmacia, Proyecto Almacén, Proyecto Control Disciplinario y las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá, para determinar si los responsables anteriormente relacionados atendieron las Recomendaciones y estas fueron incluidas como plan de mejora o en su defecto informaran que actividades se realizaron para subsanarlas, 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 se realizó mediante el envío de un comunicado con consecutivo Orfeo 2023110008468-1 fechado Agosto 23 de 2023 socializando a Directores, Asesores y encargados de las Sedes ubicadas en Zipaquirá, donde se relacionan los Informes de Auditoría realizados dentro del periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2023 junto con un formato en archivo Excel el cual se entregó por correo electrónico, donde además de indicarles el nombre de los diez (10) Informes de Auditoria también se listaron allí noventa y nueve (99) recomendaciones para que diligenciaran las actividades realizadas, sea con un Plan de Mejoramiento o sea con una actividad 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"



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

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 diez (10) Auditorías realizadas dentro del periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2023, informes que se encuentran publicados en la Página Web del hospital, las cuales cuentan con un total de noventa y nueve (99) recomendaciones, de acuerdo al archivo Excel, se recibió información con Cincuenta y un (51) recomendaciones gestionadas por los Responsables de Proceso Auditados, de este total, Cuarenta y nueve (49) no tienen Plan de Mejora y Dos (2) recomendaciones tienen Plan de Mejora.

Cuarenta y ocho (48) recomendaciones **NO** fueron atendidas, que corresponde al 48% del total de Recomendaciones presentadas en las Auditorías Finales y por consiguiente no tienen un Responsable de Proceso que atienda las recomendaciones plasmadas en este informe de Auditoría.

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

- a. *Informe Semestral del MECI (Decreto 2106 de 2019)*; con Tres (3) Recomendaciones no atendidas.
- b. *Informe de Auditoría Evaluación por Dependencias 2022*; con Dos (2) Recomendaciones no atendidas.
- c. *Informe de Auditoría Autoevaluación MECI Vig.2023*; con una (1) Recomendación no atendida.
- d. *Informe de seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente Auditoría Control Interno realizadas desde Julio 1 a Diciembre 31 de 2022*; con Treinta y cinco (35) Recomendaciones no atendidas.
- e. *Informe de Auditoría seguimiento al procedimiento Trámite de Procesos Disciplinarios código 02DE03-V1 a febrero de 2023*; con una (1) Recomendación no atendida.
- f. *Informe de Auditoría seguimiento a procesos Institucionales y los Riesgos asociados 2023*; con Cuatro (4) Recomendaciones no atendidas.
- g. *Informe Control Interno Contable 2022*; con Dos (2) Recomendaciones no atendidas.

*Cabe aclarar que las recomendaciones que fueron gestionadas y que los responsables allegaron los respectivos soportes, estas nuevamente serán revisadas cuando se realice la respectiva la auditoría durante el presente y el siguiente año.*

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



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

**Tabla Resumen de recomendaciones**

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 Semestral del MECI (Decreto 2106 de 2019)	3	0	0%	0	0%	3	100%	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente
2	Informe de Auditoría Evaluación por Dependencias 2022	8	6	75%	0	0%	2	25%	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera 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
3	Informe de Auditoría Autoevaluación MECI vig. 2023	2	1	50%	0	0%	1	50%	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera 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

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



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

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
4	Inf. de seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente aud. C.Interno realizadas desde 1 julio hasta 31 dic. 2022	46	11	24%	0	0%	35	76%	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera 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
5	Informe Auditoria verificación de cumplimiento y normas en materia de Derechos de Autor sobre Software 2022	5	5	100%	0	0%	0	0%	LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS Subdirector de Sistemas CLAUDIA YADIRA CIFUENTES SOSA Lider Almacén General
6	Informe de Auditoria seguimiento Procedimiento Trámite de Procesos Disciplinarios Código 02DE03-V1 a febrero 2023	1	0	0%	0	0%	1	100%	EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES Lider Proyecto Control Interno Disciplinario
7	Informe de Auditoria de Gestión PQRSDF a Marzo de 2023	2	2	100%	2	100%	0	0%	NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario MARISOL GARAVITO BEJARANO Subdirectora Defensoría del Usuario MARTHA LUCIA GONZALEZ Subdirectora Desarrollo Humano JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá

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



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

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
8	Auditoria Austeridad del Gasto I 2023	4	4	100%	0	0%	0	0%	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera 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
9	Informe de Auditoria seguimiento a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados 2023	17	13	76%	0	0%	4	24%	SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera 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

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



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

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
10	Informe Control Interno Contable 2022	11	9	82%	0	0%	2	18%	EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS Gerente SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA Directora Administrativa LILIANA SOFÍA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera 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 GUILLERMO ALBERTO LEON GARCÍA Subdirector Educación Médica MIGUEL ÁNGEL LINEIRO COLMENARES Subdirector Compras y Suministros JOSÉ MANUEL VASQUEZ MAYORGA Líder Tesorería MARIA ISABEL VEGA CARVAJAL Líder Facturación FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ ROA Líder Farmacia CLAUDIA YADIRA CIFUENTES SOSA Líder Almacén General
<b>TOTAL</b>		<b>99</b>	<b>51</b>	<b>52%</b>	<b>2</b>	<b>2%</b>	<b>48</b>	<b>48%</b>	

**4. CONCLUSIONES**

En la revisión y seguimiento que se realizó en el presente Informe de Auditoría a las diez (10) Auditorías realizadas dentro del periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2023, informes los cuales tienen un total de noventa y nueve (99) recomendaciones, donde el 52% de estas recomendaciones fueron gestionadas y el 48% 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 2% de las recomendaciones gestionadas y la cuales se encuentran publicados en el Aplicativo de gestión Integral "ALMERA".

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

## 5. RECOMENDACIONES

a.

Condición: Al realizar la verificación de las noventa y nueve (99) recomendaciones relacionadas en los diez (10) Informes de Auditorías realizados en el periodo mencionado en la presente auditoria se observó que el 52% de las recomendaciones, es decir, cincuenta y una (51) recomendaciones se gestionaron, y de estas dos (2) recomendaciones se le realizó Plan de Mejoramiento. El otro 48% de las recomendaciones, es decir, cuarenta y ocho (48) **NO** se gestionaron con Planes de Mejoramiento o Actividades para subsanarlas.

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 Procedimiento 02AC01-V1, Actividad 21.

Causa: Los responsables de los procesos auditados no generaron los respectivos Planes de Mejoramiento como tampoco actividades para subsanar las recomendaciones plasmadas en los informes de Auditoría Interna Independiente realizadas dentro del periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2023.

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 entregados a los Auditados y publicados en la página Web.del Hospital dentro del periodo comprendido entre Enero 01 hasta Junio 30 de 2023.

**Tabla recomendaciones NO gestionadas por los responsables de proceso**

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
1	Informe Semestral del MECI (Decreto 2106 de 2019)	Enero 16 de 2023	1-MANTENIMIENTO DEL CONTROL: Existe requerimiento pero se requiere de actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.  2-OPORTUNIDADES DE MEJORA: Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.  3-DEFICIENCIA DEL CONTROL: No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad deberá generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA</b> <b>INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORIA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
2	Informe de Auditoría Evaluación por Dependencias 2022	Enero 30 de 2023	<p><b>4. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Velar por el cumplimiento de la ETICA, los valores institucionales, los principios, deberes y derechos de servidores públicos.</li> <li>- Asesorar y coordinar con metodologías aprobadas y adoptadas por la entidad a todas las áreas de la entidad en el diseño, implementación y medición de políticas, estrategias, programas y planes reales y efectivos para integrar adecuadamente los sistemas que debe aplicar la entidad y proponer las modificaciones para su efectiva implementación y medición.</li> <li>- Diseñar la política de GESTION del riesgo de la entidad (de forma participativa).</li> <li>- La entidad debe avanzar identificando la forma de implementación de sus controles, apuntando a que en la medida de su utilidad, esta implementación sea automática de esta manera la eficiencia de los mismos se incrementará y la calificación se elevará.</li> <li>- Capacitación a nivel general sobre la Gestión y Administración de Riesgos a los servidores públicos de la entidad.</li> <li>- Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por la entidad, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa; con lenguaje sencillo y claro; estar disponible en formatos accesibles y fáciles de entender para los ciudadanos interesados en ella.</li> <li>- Constituir e instaurar herramientas de medición y análisis a cada uno de los objetivos Institucionales.</li> <li>- Dar cumplimiento en materia de normatividad a una adecuada de Planeación.</li> <li>- Asesorar a los servidores públicos en la identificación, redacción y análisis de los riesgos de la entidad; ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado, de tener claro lo que es causa, el riesgo y consecuencia, entre otras.</li> <li>- Ajustar la redacción de los riesgos, los responsables y asesor de riesgos, teniendo en cuenta la metodología deberán decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo.</li> </ul> <p><b>6. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA</b> - Ajustar la redacción de los riesgos, los responsables y asesor de riesgos, teniendo en cuenta la metodología deberán decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer las causas reales, realizar el análisis de probabilidad e impacto del riesgo identificado, la frecuencia entre otras, deben acreditar el atributo e importancia del riesgo.</li> <li>- La entidad, en cada una de las áreas, debe avanzar identificando la forma de implementación de sus controles, apuntando a que sea de su utilidad, esta implementación deberá ser automática de esta manera la eficiencia de los mismos se incrementará y la calificación se elevará.</li> <li>- Se recomienda ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado.</li> <li>- Constituir e instaurar herramientas de medición y análisis a cada uno de los objetivos Institucionales.</li> <li>- Ser puntuales en la descripción del control con el fin de tener claro lo que es causa, el riesgo y consecuencia, entre otras.</li> </ul>	<p>EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario MARLEBY SOTELO PUERTO Directora Financiera 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</p>

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



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
3	Informe de Auditoría Autoevaluación MECI vig 2023.	Febrero 27 de 2023	<p><b>2. CONDICIÓN:</b> Algunas de las encuestas respondidas no fueron lo suficientemente claras en sus respuestas, como también algunas respuestas presentan desconocimiento de procesos, procedimientos, planes y proyectos.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.21.5.3, Decreto 1599 de 2015 Por medio del cual se dispone la implementación del Modelo Estándar de Control Interno "MECI", Guía del Modelo Integrado de Planeación y Gestión "MIPG".</p> <p><b>CAUSA:</b> Según lo respondido en la Autoevaluación se presenta desconocimiento o falta de auto capacitación en los procesos, procedimientos, planes y proyectos, como también en la normatividad relacionada con el Modelo Estándar de Control Interno MECI.</p> <p><b>EFECTO:</b> Falta de eficiencia en procesos, actividades a cargo, como eficiencia en los controles que permitan el ejercicio de autocontrol en su gestión.</p>	<p>EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente</p> <p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa</p> <p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica</p> <p>NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario</p> <p>MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera</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>
4	Inf. de seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente aud. C.Interno realizadas desde 1 julio hasta 31 dic. 2022	Febrero 27 de 2023	<p><u><b>I. SEGUIMIENTO AL PROCEDIMIENTO: TRÁMITE DE PROCESOS DISCIPLINARIOS A CORTE 1er. TRIMESTRE 2022</b></u></p> <p><b>1. CONDICIÓN:</b> No se evidenció el traslado de los Indicadores identificados con Código 2155 y 2156 del Proceso de Gestión Jurídica al Proceso de Dirección Estratégico. Como tampoco se observó el respectivo registro del análisis de cada uno de los indicadores.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Guía para la construcción de Indicadores de Gestión – DAFP</p> <p><b>CAUSA:</b> Cambio realizado de actividades de la Oficina de Control Interno Disciplinario del proceso Gestión Jurídica para el Proceso Dirección Estratégico.</p> <p><b>EFECTO:</b> Deficiencia en traslado de indicadores y análisis de un proceso a otro.</p> <p><b>2. CONDICIÓN:</b> 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.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Ley 734 de 2002, Ley 1952 de 2019 y Ley 2094 de 2021.</p> <p><b>CAUSA:</b> Cambio de norma por actualización de la misma.</p> <p><b>EFECTO:</b> Desactualización en las actividades a utilizar para aplicar la norma actual en el procedimiento 02DE30-V1 "Trámite de Procesos Disciplinarios".</p> <p><b>3. CONDICIÓN:</b> No se evidenció 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.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Régimen de Contabilidad Pública.</p> <p><b>CAUSA:</b> No causación oportuna de procesos disciplinarios.</p> <p><b>EFECTO:</b> Afectación en la razonabilidad de las cuentas de orden.</p>	<p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa</p> <p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica</p> <p>NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario</p> <p>MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera</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**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<p><b><u>II. AUDITORÍA DE SEGUIMIENTOS A PROCESOS INSTITUCIONALES Y LOS RIESGOS ASOCIADOS 2022</u></b>  <b><u>3. OFICIO ACTAS COMITÉ DIRECTIVO – VIGENCIA 2020 Y 2021</u></b>  <b>CONDICIÓN:</b> 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 Direcciónamiento 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).  <b>CRITERIO:</b> Ley 87 de 1993 Artículo 12.  <b>CAUSA:</b> Inadecuado manejo para la consulta y seguimiento documental.  <b>EFFECTO:</b> Falta de seguimiento en Gestión documental, control y seguimiento, generando dificultad para la consulta, cumplimiento y trazabilidad de la información.</p>	
			<p><b><u>9. OFICIO ACTUALIZACIÓN PROCEDIMIENTO 02DE09-V1 "COMITES INSTITUCIONALES"</u></b>  <b>CONDICIÓN:</b> Se evidencia que se encuentra desactualizado el Procedimiento "Comités Institucionales" Identificado con código 02DE09-V1 de Direcciónamiento 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).  <b>CRITERIO:</b> Norma Técnica Colombiana ISO 90001 de 2015.  <b>CAUSA:</b> Falta de seguimiento en las fechas de vencimiento de los procedimientos.  <b>EFFECTO:</b> Incumplimiento en las fechas de actualización de procedimientos.</p>	
			<p><b><u>IV. INFORME SEGUIMIENTO A ACCIONES DE MEJORAMIENTO, FUENTE AUDITORÍA CONTROL INTERNO – Enero 01 a Junio 30 de 2022.</u></b>  <b><u>I. AUDITORIA - Rendición Cuenta SIA OBSERVA 2021 - Enero de 2022</u></b>  <b>PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD</b>  <b>Seguimiento a las recomendaciones:</b>                  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><b><u>II. AUDITORIA INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO – DICIEMBRE 01 AL 31 DE 2021</u></b>  <b>Recomendaciones NO Atendidas en las Auditoría sin responsable de proceso, recomendaciones que serán verificadas y se hará seguimiento, recomendaciones que se detallan a continuación:</b>                  1. AUDITORIA LEY ANTITRÁMITES, LEY RACIONALIZACIÓN, SUIT, LEY TRANSPARENCIA Y CERO PAPEL.                  2. Conforme a las tablas presentadas en el presente informe de verificación y cumplimiento, se exhorta dar cumplimiento en los ítems, en donde se requiera; ya que la información de la entidad debe estar actualizada, organizada, completa y que corresponda a lo establecido por la ley 1712 de 2014 y decreto No. 103 de 2015.                  3. La E.S.E. generar acciones y /o actividades que permitan mantener actualizados los datos abiertos en el portal <a href="http://www.datos.gov.co">www.datos.gov.co</a>.                  4. La entidad debe dar cumplimiento al Registro Nacional de Bases de Datos – RNBD, el cual es un directorio público de las bases de datos, acorde con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y a los principios de la ley 1712 de 2014.                  5. El informe de 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.                  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>	

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



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA</b> <b>INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORIA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<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 Auditoría y que no tienen responsable de proceso, las cuales serán verificadas en la próxima revisión y seguimiento que se realizará con las auditorías del año inmediatamente siguiente, las cuales se detallan a continuación:</p> <p>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 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>ii. AUDITORÍA 2. INFORME DE AUSTERIDAD 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>iii. 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 Dirección 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 Auditoría vigencia pasada).</p> <p>IV. AUDITORÍA DE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</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>V. INFORME AUDITORIA 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>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 Dirección 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>	

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



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<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> <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>	
			<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><u>V. INFORME AUDITORIA GESTIÓN PQRSDF a Septiembre 30 de 2022, Bogotá y Sedes de Zipaquirá.</u></p> <p>1. <b>CONDICIÓN:</b> 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).  <b>CRITERIO:</b> Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015.  <b>CAUSA:</b> Falta de información de las sedes de Zipaquirá en el manual publicado en el Aplicativo Almera.  <b>EFEECTO:</b> Inefectividad en la información registrada</p>	
			<p>3. <b>CONDICIÓN:</b> 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).  <b>CRITERIO:</b> Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015.  <b>CAUSA:</b> Falta de información referente a indicadores en las sedes del Municipio de Zipaquirá.  <b>EFEECTO:</b> Inefectividad en la toma de decisiones respecto a mejoras en la gestión de PQRSDF.</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. <b>CONDICIÓN:</b> El Análisis de los indicadores está parcialmente desactualizado, se encontró en la revisión que registra veintisiete (27) Indicadores de PQRSDF 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><b>CRITERIO:</b> 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><b>CAUSA:</b> Falta de información analizada por los responsables referente a indicadores de Bogotá.</p> <p><b>EFECTO:</b> Inefectividad en la toma de decisiones respecto a mejoras en la gestión de PQRSDF.</p>	
			<p>6. <b>CONDICIÓN:</b> Se debe fortalecer la articulación de Planes de Mejoramiento que se deriven de esta auditoria con los Planes de Mejoramiento que se realizan derivados de la Acreditación de Bogotá y las sedes en el Municipio de Zipaquirá</p> <p><b>CRITERIO:</b> Procedimiento PQRSDF código 02AUF06-V5, Procedimiento Auditoria Interna Independiente código 02AC01-V1, Actividad 21 y al Instructivo 08GC09, Manual 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><b>CAUSA:</b> Falta de capacitación o desconocimiento de la norma.</p> <p><b>EFECTO:</b> Inefectividad en la articulación de Planes de Mejora de PQRSDF con los de Acreditación.</p>	
			<p><u>VI. AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO A LA LEY DE TRANSPARENCIA, A LA DIRECTIVA PRESIDENCIAL DE CERO PAPEL A LEY RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES – SUIT.</u></p> <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>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'</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>3. <b>CONDICIÓN:</b> 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.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 612 de 2018.</p> <p><b>CAUSA:</b> Debilidad en análisis de frecuencia, probabilidad e impacto de riesgos registrados en la matriz.</p> <p><b>EFECTO:</b> Inefectividad que el riesgo no cumpla con el propósito por el que fue registrado en la matriz.</p>	
6	Informe de Auditoria seguimiento Procedimiento Trámite de Procesos Disciplinarios Código 02DE03-V1 a febrero 2023	Abril 3 de 2023	<p>1. <b>CONDICIÓN:</b> Codificar y publicar Procedimiento actualizado "Trámite de Procesos Disciplinarios" con el articulado de 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.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Ley 734 de 2002, Ley 1952 de 2019 y Ley 2094 de 2021.</p> <p><b>CAUSA:</b> Cambio de norma por actualización de la misma.</p> <p><b>EFECTO:</b> Desactualización en las actividades a utilizar para aplicar la norma actual en el procedimiento 02DE30-V1 "Trámite de Procesos Disciplinarios".</p>	EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES Lider Proyecto Control Interno Disciplinario

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



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
9	Informe de Auditoría seguimiento a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados 2023	Mayo 23 de 2023	<p><b>5. Oficio ACTAS COMITÉ DIRECTIVO – VIGENCIA 2020 Y 2021</b>  <b>CONDICIÓN:</b> 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).  <b>CRITERIO:</b> Ley 87 de 1993 Artículo 12.  <b>CAUSA:</b> Inadecuado manejo para la consulta y seguimiento documental. Falta de seguimiento en Gestión documental, control y seguimiento.  <b>EFEECTO:</b> Dificultad para la consulta, cumplimiento y trazabilidad de la información.</p>	<p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera 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</p>
<p><b>10. Oficio ACTUALIZACION PROCEDIMIENTO 02DE09-V1 "COMITES INSTITUCIONALES"</b>  <b>CONDICIÓN:</b> 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).  <b>CRITERIO:</b> Norma Técnica Colombiana ISO 90001.de 2015.  <b>CAUSA:</b> Falta de seguimiento en las fechas de vencimiento de los procedimientos.  <b>EFEECTO:</b> Desarticulación de las actividades con lo estipulado en el Modelo Estándar de Control Interno "MECI"/ Componente de Ambiente de Control.</p>				
<p><b>13. Oficio SOPORTES DE LA SUPERVISIÓN DE CONTRATOS VIGENCIAS 2022 Y 2023</b>  <b>CONDICIÓN:</b> Se observa la no publicación del Estatuto de Contratación y Manual de Contratación actualizados  <b>CRITERIO:</b> Ley 1712 de 2014.  <b>CAUSA:</b> Falta de publicación de documentos actualizados de contratación.  <b>EFEECTO:</b> Inadecuado acceso a la información relevante de la entidad.</p>				
<p><b>15. Oficio TERCERA LÍNEA DE DEFENSA - VIGENCIA 2023 - FACTURACIÓN - ROL LÍDER ESTRATÉGICO DE LA OIC / FOMENTO DE LA AUTO EVALUACIÓN</b>  <b>CONDICIÓN:</b> Para la vigencia 2023 se evidencia de NO cumplimiento en 9 funciones establecidas en el Manual de funciones, toda vez que de allí radica los acuerdos de objetivos comportamentales para el seguimiento de la carrera administrativa del funcionario de planta, se recomienda revisar las funciones por la Subdirección de Personal y Desarrollo de Talento Humano, dado que no está ejerciendo las funciones del cargo por el cual se posesiono.  <b>CRITERIO:</b> Ley 87 de 1993 Artículo 12.  <b>CAUSA:</b> Control deficiente de manuales y actualización de funciones conforme se está ejerciendo el cargo por el cual se posesiono.  <b>EFEECTO:</b> Incumplimiento del componente Ambiente de Control Litera E "Manual de funciones que describan los empleos de la Entidad, Litera H "Procesos de inducción capacitación y bienestar social para sus servidores públicos, de manera directa o en asociación con otras entidades" Literal I "Evaluación a los servidores públicos de acuerdo al marco normativo que les rige".</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
10	Informe Control Interno Contable 2022	Mayo 31 de 2023	<p>EVALUACION CHIP 2021</p> <p>2. Implementar un proceso administrativo para establecer la responsabilidad de registrar los recaudos generados, el traspaso de soportes e información oportuna, la autorización de los soportes realizados por los servidores responsables y competentes. Subdirección de Educación médica investigación Líder de Proyecto de Tesorería.</p> <p>3. Hacer seguimiento a todos los hechos económicos generados en los procesos de Docencia e Investigación, y derivados de los convenios docentes asistenciales. Subdirección de Educación médica investigación.</p>	<p>EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS Gerente</p> <p>SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA Directora Administrativa</p> <p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica</p> <p>NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario</p> <p>MARLESBY SOTELO PUERTO Directora Financiera</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> <p>GUILLERMO ALBERTO LEON GARCIA Subdirector Educación Médica</p> <p>MIGUEL ÁNGEL LINEIRO COLMENARES Subdirector Compras y Suministros</p> <p>JOSÉ MANUEL VASQUEZ MAYORGA Líder Tesorería</p> <p>MARIA ISABEL VEGA CARVAJAL Líder Facturación</p> <p>FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ ROA Líder Farmacia</p> <p>CLAUDIA YADIRA CIFUENTES SOSA Líder Almacén General</p>

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 2023.

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.

**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 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 dé lugar, son de carácter Institucional.

**YETICA JHANSVELL HERNANDEZ ARIZA**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

**JOHN BONZA DUQUE**  
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Septiembre 14 de 2023