



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Al contestar por favor cite:2024110001661-1



05GIS15 - V4 Página 1 de 2

Bogotá, D.C. Febrero 29 de 2024 *

Doctor (a)

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

EDGAR HUMBERTO RODRÍGUEZ BENAVIDES

Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

Líder Proyecto Control Interno Disciplinario

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.

REFERENCIA: Informe Final de Seguimiento a las acciones de mejora de fuente Auditoría de Control Interno desde Julio 01 hasta Diciembre 31 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 Julio 01 hasta Diciembre 31 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.



051



SC5520-1



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

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Al contestar por favor cite:2024110001661-1



05GIS15 – V4 Página 2 de 2

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: Diecinueve (19) folios

Cordialmente;

YETICA JHASVELL HERNÁNDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de control Interno

c.c. Edgar Silvio Sánchez Villegas – Gerente



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

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"

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



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA 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 JULIO 01 A DICIEMBRE 31 DE 2023.**

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, ENERO DE 2024

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

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

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



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA 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 Auditoría	3
1.4. Metodología de la Auditoría	3
1.5. Base Legal	4
2. RIESGOS IDENTIFICADOS POR LOS PROCESOS	5
3. RESULTADO DE LA REVISION Y SEGUIMIENTO	6
4. CONCLUSIONES	9
5. RECOMENDACIONES	10

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA 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 31 de Diciembre 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 el 01 de Julio hasta 31 de Diciembre 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 el 01 de Julio hasta 31 de Diciembre de 2023, 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 AUDITORÍA 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 AUDITORÍA 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 de Riesgos Institucionales 2023 V2, publicada en la página Web 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 Institucionales 2023 V2. Y La Matriz de Riesgos de Corrupción 2023 V2, publicada en la página Web 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 vigentes a la fecha del presente informe de auditoría.



En el presente informe de Auditoría no se encontró Recomendaciones que se articulen con algún Riesgo relacionado en la Matriz de Riesgo Institucionales 2023 V2, matriz que contiene Cincuenta y ocho (58) 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.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

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 31 de Diciembre de 2023 y los cuales se encuentran publicados en la página Web del hospital, se hizo necesario realizar el presente Informe de Auditoría 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 2024110000776-1 fechado Enero 12 de 2024 socializando a Directores, Asesores y encargados de las Sedes ubicadas en Zipaquirá, para que estos a su vez socialicen a las diferentes subdirecciones y áreas que son responsables, allí se relacionan los Informes de Auditoría realizados dentro del periodo comprendido entre el 01 de Julio hasta 31 de Diciembre 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 Auditoría también se listaron allí ciento cuatro (104) 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"

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 el 01 de Julio hasta 31 de Diciembre de 2023, informes que se encuentran publicados en la Página Web del hospital, las cuales cuentan con un total de ciento cuatro (104) recomendaciones, de acuerdo al archivo Excel, se recibió información con treinta y seis (36) recomendaciones gestionadas por los

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



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

Responsables de Proceso Auditados, de este total, veintinueve (29) no tienen Plan de Mejora y siete (7) recomendaciones tienen Plan de Mejora.

Sesenta y ocho (68) recomendaciones **NO** fueron atendidas, que corresponde al 65% 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. *Auditoría verificación al SIA OBSERVA y SECOP 2022 a Abril de 2023*; con Cinco (5) Recomendaciones no atendidas.
- b. *Informe Semestral del MECl (Decreto 2106 de 2019)*; con Tres (3) Recomendación no atendida.
- c. *Auditoría Austeridad del Gasto II 2023*; con Una (1) Recomendación no atendida.
- d. *Informe seguimiento a acciones de mejora de fuente Auditorías de Control Interno desde Enero 1 a Junio 30 de 2023*; con Treinta y nueve (39) Recomendaciones no atendidas.
- e. *Auditoría seguimiento rendición de Informes a Entes de Control en ALMERA - Septiembre de 2023*; con Dos (2) Recomendaciones no atendidas.
- f. *Informe de Auditoría seguimiento Riesgos y Controles de Corrupción 2023*; con Nueve (9) Recomendaciones no atendidas.
- g. *Auditoría Austeridad del Gasto III 2023*; con Cuatro (5) Recomendaciones no atendidas.
- h. *Informe de Auditoría de Gestión de Riesgos de Proceso 2023*; con Tres (3) Recomendaciones no atendidas.
- i. *Informe Auditoría Arqueos Dineros Públicos en cajas - 2023*; con Una (1) Recomendación no atendida.

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.

Tabla Resumen de recomendaciones

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
11	Auditoría Ingresos Abiertos a Abril 30 de 2023	3	3	100%	0	0%	0	0%	YANET CRISTINA GIL ZAPATA - Directora Financiera
12	Auditoría verificación al SIA OBSERVA y SECOP 2022 a Abril de 2023	5	0	0%	0	0%	5	100%	YANET CRISTINA GIL ZAPATA Directora Financiera NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica JOSE MANUEL VASQUEZ MAYORGA Lider Proyecto Tesorería
13	Informe Semestral del MECl (Decreto 2106 de 2019)	3	0	0%	0	0%	3	100%	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA 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	Auditoría Austeridad del Gasto II 2023	4	3	75%	2	50%	1	25%	SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica YANET CRISTINA GIL ZAPATA Directora Financiera JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ Subdirector Educación Médica
15	Informe seguimiento a acciones de mejora de fuente Auditorías de Control Interno desde Enero 1 a Junio 30 de 2023	49	10	20%	1	2%	39	80%	SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica NUBIA GUERRERO PRECIADO Directora Atención al Usuario YANET CRISTINA GIL ZAPATA Directora Financiera EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES Jefe Oficina Asesora Jurídica (E) y Líder Proyecto Control Disciplinario LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá
16	Auditoría seguimiento rendición de Informes a Entes de Control en ALMERA - Septiembre de 2023	4	2	50%	0	0%	2	50%	SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica YANET CRISTINA GIL ZAPATA Directora Financiera NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora de Atención al Usuario LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
17	Informe de Auditoría seguimiento Riesgos y Controles de Corrupción 2023	16	7	44%	3	19%	9	56%	EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS, Proceso Gestión Estratégica; LEONARDO DUARTE DÍAZ, Proceso Gestión Integrada de la Calidad; NUBIA GUERRERO PRECIADO, Proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad; MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ, Proceso Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento; RUTH MARGOT ROJAS RODRÍGUEZ, Proceso Gestión Apoyo Diagnóstico; MARTHA CECILIA ARIAS PORTILLO, Proceso Gestión de Salud Pública; KEILE JESSEL RONDON ESQUIVEL, Proceso Gestión Servicio de Urgencias; ALEXANDRA BELTRÁN SUÁREZ, Proceso Gestión Servicios Ambulatorios; YAMILE UBAQUE, Proceso Gestión Servicios Complementarios; LUISA ALEJANDRA PARDO RICO, Proceso Gestión Servicios Hospitalarios; CARLOS HARBEY JAIMES, Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos; MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES, Proceso Bienes y Servicios; NELSY DEL PILAR FLÓREZ CRUZ, Proceso Gestión de Hotelería Hospitalaria; MARTHA LUCÍA GONZÁLEZ, Proceso Gestión del Talento Humano; NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA, Proceso Gestión Jurídica; JEFFREY MANOLO TORRES VALADARES, Proceso Ingeniería Hospitalaria; SOLANYI ESPERANZA GARZÓN AVILA, Proceso Inteligencia de Mercados; JUAN CARLOS MOLINA GUEVARA, Proceso Tecnología Biomédica; YANET CRISTINA GIL ZAPATA, Proceso Gestión Financiera; LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS, Proceso Gestión de la Información TIC; CLAUDIA YADIRA CIFUENTES SOSA, Líder Proyecto Almacén General; FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ ROA, Líder Proyecto de Farmacia; LUZ DARY RUIZ ROMERO, Subdirectora de Personal; SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA, Directora Operativa Administrativa; CARMEN YAMILE GÓMEZ RODRÍGUEZ, Líder de Proyecto de Nutrición; CLERY LUZ TARA PUES, Líder Proyecto (e) Cuentas Médicas; LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS, Directora Operativa Científica; JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO, Director Sede HR de Zipaquirá; JESUS ALFONSO CRUZ VARGAS, Subdirector Operativo Cirugía General; OMAR ROBERTO PEÑA DIAZ, Subdirector Operativo Ortopedia; WILLIAM MAURICIO RIVEROS CASTILLO, Subdirector Operativo Neurocirugía; CARLOS JULIO GARCÍA PERLAZA, Subdirector Operativo Ginecología; MARIA TERESA OSPINA CABRERA, Subdirector Operativo Unidad de Cuidado Intensivo.

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



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA 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
18	Auditoría Austeridad del Gasto III 2023	9	4	56%	1	11%	5	44%	SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA, Directora Administrativa / YANET CRISTINA GIL ZAPATA, Directora Financiera / LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS, Directora Científica / JAIRO ENRIQUE CASTRO, Director Sede HR de Zipaquirá / MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ, Subdirector de Educación Médica / ANA CAROLINA SERNA RUBIO, Coordinadora Sede UF de Zipaquirá / ALEXANDRA BELTRÁN SUÁREZ, Proceso Gestión de Servicios Ambulatorios / LUISA ALEJANDRA PARDO RICO, Proceso Gestión Servicios Hospitalarios / MARTHA CECILIA ARIAS PORTILLO, Proceso Gestión Salud Pública / KEILE JESSEL RONDON ESQUIVEL, Proceso Servicio de Urgencias.
19	Informe de Auditoría de Gestión de Riesgos de Proceso 2023	5	2	40%	0	0%	3	60%	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
20	Informe Auditoría Arqueos Dineros Públicos en cajas - 2023	6	5	83%	0	0%	1	17%	LUZ AMALIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Lider de Proyecto Tesorería MIGUEL ANGEL LINEIRO COLMENARES Subdirector Bienes, Compras y Suministros JEFFREY MANOLO TORRES VALLADARES Lider de Proyecto de Mantenimiento y Arquitectura FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ ROA Lider de Proyecto Farmacia JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR de Zipaquirá
TOTAL		104	36	35%	7	7%	68	65%	

4. CONCLUSIONES

En la revisión y seguimiento a las recomendaciones como insumo de la presente Informe de Auditoría las cuales se encuentra registradas en las diez (10) Auditorías publicadas dentro del periodo comprendido entre el 01 de Julio hasta 31 de Diciembre de 2023, informes de Auditoría los cuales tienen un total de ciento cuatro (104) recomendaciones, donde el 35% de estas recomendaciones fueron gestionadas con actividades y Planes de Mejora, donde un 7% corresponde a recomendaciones con planes de Mejora y el 65% 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 de siete (7) recomendaciones gestionadas y la cuales se encuentran publicados los Planes en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA".

Por consiguiente se puede observar que solo el 35% se gestionó del total de las recomendaciones registradas en cada uno de los Informes de Auditorías publicadas en la página Web del Hospital dentro del periodo comprendido entre el 01 de Julio al 31 de diciembre de 2023, de acuerdo a las respuestas entregadas en archivo Excel como respuesta al comunicado fechado enero 12 de 2024.

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



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

5. RECOMENDACIONES

Condición: Entre el 01 de Julio hasta 31 de Diciembre de 2023 se realizaron diez (10) Auditorías. se verificaron ciento cuatro (104) recomendaciones relacionadas en los Informes de Auditorías publicados en el periodo mencionado, se observó que el 65% de las recomendaciones, es decir, sesenta y ocho (68) recomendaciones NO se gestionaron, treinta y seis (36) recomendaciones se gestionaron con actividades y siete (7) recomendaciones se les realizó Plan de Mejoramiento.

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 el 01 de Julio hasta 31 de Diciembre 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 el 01 de Julio hasta 31 de Diciembre de 2023.

Tabla recomendaciones NO gestionadas por los responsables de proceso

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO																								
12	Auditoría verificación al SIA OBSERVA y SECOP 2022 a Abril de 2023	Julio 7 de 2023	<p>1, Condición: Los procedimientos 'Reporte de contratos a través del aplicativo de la Auditoría General de la Republica - SIA OBSERVA', y 'Reporte de contratos del HUS a través del aplicativo SECOP I' del proceso de Direcciónamiento Estratégico, fueron elaborados y aprobados el 31 marzo de 2021, no evidencian actualización conforme a lo establecido en la actualización de la normatividad en materia de los aplicativos aquí verificados.</p> <p>Conforme a la rendición mensual de los contratos en el aplicativo de la Auditoría General de la Republica - SIA OBSERVA – a través de la Contraloría de Cundinamarca; e implementada la rendición mensual se desarrolló oportunamente en el periodo 1 de enero de 2022 hasta 30 de abril de 2023 y dentro del cronograma determinado en las circulares para ello publicadas por la CDC. El número total de contratos suscritos en este periodo, de manera consecutiva, asciende a 2063 contratos con un valor de \$247.706.959.895; con el fin de verificar lo establecido en los aplicativos SIA OBSERVA Y SECOP numero aleatorios se determinó una muestra del 6.93%, que corresponde a 143 contratos. La distribución porcentual de la contratación en el periodo establecido, por tipo de contrato, es como sigue: TOTAL CONTRATACION PORCENTAJE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIPCION TIPO DE CONTRATO</th> <th>CANTIDAD PORCENTUAL</th> <th>VALOR PORCENTUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Apoyo a la Gestión</td> <td>0,24%</td> <td>0,01%</td> </tr> <tr> <td>Compraventa</td> <td>5,48%</td> <td>5,62%</td> </tr> <tr> <td>Contrato de Consultoría</td> <td>0,05%</td> <td>0,07%</td> </tr> <tr> <td>Contrato de Obra</td> <td>0,58%</td> <td>1,28%</td> </tr> <tr> <td>Contrato de Prestación de Servicios</td> <td>61,37%</td> <td>73,28%</td> </tr> <tr> <td>Suministro</td> <td>32,09%</td> <td>19,73%</td> </tr> <tr> <td>Típicos</td> <td>0,19%</td> <td>0,01%</td> </tr> </tbody> </table> <p>De donde se establece que el mayor porcentaje de contratos suscritos por la entidad, tanto por valor como número de contratos, corresponde a Contratos de prestación de servicios, en segundo lugar se encuentran los contratos de suministros, le siguen en orden los contratos de compraventa.</p> <p>Criterio: Resoluciones orgánicas Nos. 007 y 008 de 2015 de la Auditoría General de la Republica. Resolución 0045 de enero de 2021 de la Contraloría de Cundinamarca</p> <p>Causa: Falta de información. Desactualización y desconocimiento de nueva normatividad</p> <p>Efecto: Incumplimiento normativo</p>	DESCRIPCION TIPO DE CONTRATO	CANTIDAD PORCENTUAL	VALOR PORCENTUAL	Apoyo a la Gestión	0,24%	0,01%	Compraventa	5,48%	5,62%	Contrato de Consultoría	0,05%	0,07%	Contrato de Obra	0,58%	1,28%	Contrato de Prestación de Servicios	61,37%	73,28%	Suministro	32,09%	19,73%	Típicos	0,19%	0,01%	<p>YANET CRISTINA GIL ZAPATA Directora Financiera NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica JOSE MANUEL VASQUEZ MAYORGA Lider Proyecto Tesorería</p>
DESCRIPCION TIPO DE CONTRATO	CANTIDAD PORCENTUAL	VALOR PORCENTUAL																										
Apoyo a la Gestión	0,24%	0,01%																										
Compraventa	5,48%	5,62%																										
Contrato de Consultoría	0,05%	0,07%																										
Contrato de Obra	0,58%	1,28%																										
Contrato de Prestación de Servicios	61,37%	73,28%																										
Suministro	32,09%	19,73%																										
Típicos	0,19%	0,01%																										

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO																																				
			<p>2, Condición: Verificado el control de legalidad en el aplicativo SIA OBSERVA, de los contratos suscritos por la E.S.E. se encuentra lo siguiente: En el período verificado o El control de legalidad de las OCOC002022, OCOS002022, OCOC002023 y OCOS002023, ciento treinta y dos (132) es en promedio del 55.20%, (cuarenta y nueve (49) con cumplimiento del 100% y ochenta y tres (83) con cumplimiento parcial). o De los contratos suscritos por la E.S.E. el control de legalidad establecido en el aplicativo SIA OBSERVA, registra un cumplimiento promedio del 45.76%. (Tres (3) con cumplimiento al 100%). o En general el Cumplimiento promedio del control de legalidad, de lo suscrito por la entidad, rendido en el aplicativo SIA OBSERVA, en el periodo 1 de enero de 2022 hasta 30 de abril de 2023 es de 44.45%. El control de legalidad para la muestra determinada del presente informe reconoce: o El control de legalidad de las OCOC002022, OCOS002022, OCOC002023 y OCOS002023 de la muestra, siete (7) es en promedio del 67.90%, (cuatro (4) con cumplimiento del 100%). o De los contratos suscritos por la E.S.E., establecidos en la muestra de números aleatorios, el control de legalidad establecido en el aplicativo SIA OBSERVA, registra un cumplimiento promedio del 43.9%. (Todos con cumplimiento parcial). o En general el Cumplimiento promedio del control de legalidad, de la muestra establecida para este informe, rendido en el aplicativo SIA OBSERVA, es del 45.1%</p> <p>Criterio: Resoluciones orgánicas Nos. 007 y 008 de 2015 de la Auditoría General de la República Resolución 0045 de enero de 2021 de la Contraloría de Cundinamarca</p> <p>Causa: Falta de información Inadvertencia del control de legalidad establecido por la Auditoría General de la República. y/o desconocimiento de requisitos de control de legalidad.</p> <p>Efecto: Incumplimiento normativo</p> <p>3, Condición Los documentos de los contratos Nos. 262-2022, 322-2022, 962-2022, que hacen parte de la muestra, el foliado del documento no es consecutivo de lo rendido en el SIA OBSERVA. El documento 'orden de compra' se rinde en el aplicativo SIA OBSERVA como orden de compra y como contrato y/o su equivalente, es decir doble vez. Con el documento informativo de fecha firma garantía única rendida en el aplicativo están el 65.03% de los contratos; con dos (2) documentos de garantía única el 4.90% de los contratos; sin información rendida de la fecha de la firma de la garantía única se localizan el 28.67% de los contratos y con tres (3) documentos de fecha de firma garantía única uno y que no requiere garantía se verifican uno de cada uno. Del plazo en días en el SIA OBSERVA se verifica que los contratos OCOS0020220004, 739-2022 tienen plazo de ejecución de 0 días; con seis (6) días de ejecución está el contrato 516-2022; con días de ejecución desde 16 días hasta 389 días; las órdenes de compra registran tiempo de ejecución en días desde 0 hasta 90 días. En cuanto a tipo de contrato, los contratos de prestación de servicios registran plazo de ejecución en días desde 16 días hasta 365 días; los contratos de suministros registran plazo de ejecución en días desde 6 días hasta 389 días; de compraventa desde 23 días hasta 156 días de ejecución. El promedio de días de ejecución de los contratos de la muestra es de 127 días y de las órdenes de compra es de 43 días de ejecución. De la muestra establecida para la verificación se realizó la comparación SIA OBSERVA y SECOP de los días de ejecución de los contratos en noventa y seis (96) contratos, con el siguiente resultado: * En quince (15) de los contratos los días de ejecución registrados en el SIA OBSERVA son iguales a los registrados en el SECOP. * Los ochenta y un contratos (81) registran en el SIA OBSERVA y SECOP presentan diferencias en los días de ejecución de los mismos, diferencias que oscilan entre -141 hasta 252. De los contratos de la muestra se registran las siguientes observaciones: * Sin Adiciones, Prórrogas, Modificaciones, Suspensiones se encuentra cuarenta y ocho (48) contratos. * El contrato No. 1143-2022 contratista ENID PILAR CASTILLO CAICEDO- contrato de obra presenta Adiciones, Prórrogas, Modificaciones, Suspensión. * Diecisiete contratos (17) de la muestra presentan Adiciones, Prórrogas y Modificaciones, para un total de ochenta y cinco (85) novedades. * Sesenta y seis (66) contratos con adiciones para un total de ochenta y cinco (85) adiciones en la muestra. * Setenta y cinco (75) contratos con Prórrogas para un total de ciento trece (113). * Treinta y una (31) contratos con modificaciones para un total de treinta y ocho (38). En los noventa y cinco (95) contratos que registran novedades - Adiciones, Prórrogas, Modificaciones realizaron un total de doscientos cuarenta (240) novedades (Adiciones, Prórrogas, Modificaciones) y una Suspensión. En promedio estos contratos registran 2.52 novedades por cada uno de los contratos observados aquí. Verificados los informes de supervisión de la muestra, reportados en el aplicativo SIA OBSERVA y que son informativos se encuentra que: Treinta y un (31) contratos no contienen informes de supervisión, de ellos cinco (5) corresponden a OCOC002022, uno OCOS002022 y uno del Fondo Nacional de estupefacientes. De los ciento doce (112) contratos que contienen informes de supervisión se registran cuatrocientos treinta y siete (437) en total, es decir un promedio de cuatro (4) informes de supervisión por contrato. Los contratos de la tabla a continuación a pesar de que los días de ejecución superan los 200 días y corresponden a la vigencia 2022 e inicio de la vigencia 2023, reportan un número de informes de supervisión rendidos en el SIA OBSERVA, no acorde con los días de ejecución.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NUMERO CONTRATO</th> <th>DIAS EJECUCIÓN</th> <th>NUMERO INFORMES DE SUPERVISION</th> <th>PAGOS RENDIDOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>397-2022</td><td>389</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>451-2022</td><td>323</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>484-2022</td><td>316</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>520-2022</td><td>223</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>919-2022</td><td>232</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>950-2022</td><td>215</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1079-2022</td><td>241</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1143-2022</td><td>209</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table> <p>Fuente: SIA OBSERVA</p> <p>La rendición de los pagos, documento requerido en el SIA OBSERVA y en el SECOP, dentro de la muestra, aun cuando deben ser igual el número de reportes de pago en cada aplicativo, presenta diferencias en el número de pagos, alguno de ellos son: o En ciento uno (101) de los contratos de la muestra el número de pagos reportado y rendido en SIA OBSERVA es diferente al número de pagos rendidos en el SECOP. o En veintiséis (26) de los contratos de la muestra el número de pagos rendido y reportado en SIA OBSERVA es igual al número de pagos rendidos en el SECOP. o Y en quince contratos de los de la muestra no se reportan pagos en el SIA OBSERVA y en el aplicativo SECOP, (de los cuales cinco son OCOC002022 y OCOS002022 y 10 contratos de la vigencia 2022. Criterio; Resoluciones orgánicas Nos. 007 y 008 de 2015 de la Auditoría General de la República, Resolución 0045 de enero de 2021 de la Contraloría de Cundinamarca</p> <p>Causa: Falta de información. Falta de planeación y proyecciones basadas en los datos históricos. Falta de capacitación o desconocimiento de requisitos. Diversas desigualdades de lo publicado en el aplicativo SIA OBSERVA y el aplicativo SECOP.</p> <p>Efecto: Incumplimiento normativo. Debilidades en la planeación.</p>	NUMERO CONTRATO	DIAS EJECUCIÓN	NUMERO INFORMES DE SUPERVISION	PAGOS RENDIDOS	397-2022	389	2	2	451-2022	323	6	6	484-2022	316	6	6	520-2022	223	2	2	919-2022	232	0	0	950-2022	215	0	0	1079-2022	241	0	0	1143-2022	209	0	0	
NUMERO CONTRATO	DIAS EJECUCIÓN	NUMERO INFORMES DE SUPERVISION	PAGOS RENDIDOS																																					
397-2022	389	2	2																																					
451-2022	323	6	6																																					
484-2022	316	6	6																																					
520-2022	223	2	2																																					
919-2022	232	0	0																																					
950-2022	215	0	0																																					
1079-2022	241	0	0																																					
1143-2022	209	0	0																																					

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO																																										
			<p>4. Condición: De la vigencia 2021 se encuentran terminados y sin liquidar veintitún (21) contratos, de la vigencia 2022 se encuentran doscientos catorce (214) contratos terminados sin liquidar y de la vigencia 2023 trece (13) contratos terminados y sin liquidar y siete (7) contratos con terminación anticipada. Siendo el acta de Terminación un documento requerido en el aplicativo SIA OBSERVA y conociendo que dentro de los procedimientos de la entidad, no está establecida la elaboración del acta de terminación; en el aplicativo la entidad ha homologado con el acta de liquidación del contrato con el acta de terminación, por lo tanto en todos los contratos rendidos y liquidados, aparece el documento doble vez (acta de liquidación en acta de terminación y acta de liquidación). Verificada la muestra establecida en el presente informe los contratos el 61.53% de los se encuentran terminados y liquidados con terminación bilateral de mutuo acuerdo, es decir ochenta y ocho (88) contratos; el contrato No. 372-2022 con Terminación Unilateral constituida mediante la Resolución 135 de marzo 2023, el 0.70%; contratos terminados y sin liquidar y/o rendir la liquidación en el SIA OBSERVA de la vigencia 2022 treinta y un (31) contratos, es decir el 21.68% y en desarrollo el 16.08%, es decir veintitrés (23) contratos. - Los contratos Nos. 1402-2022, 1269-2022, 1256-2021, con acta de liquidación se encuentran publicados en el aplicativo SECOP y no están publicados en el aplicativo SIA OBSERVA. * El contrato No. 1256-2021, con acta de liquidación de fecha 30 de junio de 2022, con recursos liberados de \$10.429.398 y publicado en el SECOP; no ha publicado en el SIA OBSERVA, sin embargo registra en este aplicativo como fecha de terminación el 28 de abril de 2022 y recursos liberados \$0. * En la muestra, en el acta de liquidación de treinta y nueve (39) contratos de prestación de servicios de salud, con la orden de pago en el último pago realizado de cada uno de los contratos de la tabla, se encontró que: - el último pago es igual a lo registrado en 'PAGAR MENOS GLOSA' en veintisiete (27) contratos de prestación de servicios de salud. - Establecido la proporción del valor 'A PAGAR MENOS GLOSA' en estos contratos es variable, no se conoce documento que soporte el monto, con lo determinado en la muestra esta proporción está dentro de los rangos del 0.32% hasta el 100%. - En el 'A PAGAR MENOS GLOSA' de estos contratos de prestación de servicios de salud el valor igual es pagado en los días siguientes a la suscripción del acta de liquidación, sin que evidencie registro documental alguno de lo verificado de la glosa. - En cinco (5) de las actas de liquidación de estos contratos el valor 'A PAGAR MENOS GLOSA' igual a 0. - De lo verificado de la muestra, en la liquidación los contratos No. 236-2022 y 1416-2022, evidencia nota crédito, conforme a lo establecido en las cláusula quinta y tercera del contrato. - El contrato de prestación de servicios de salud No. 372-2022, con terminación unilateral no evidencia en la Resolución, la variable A PAGAR MENOS GLOSA. - En los informes de supervisión de estos contratos NO se encuentra la directriz de los establecido en la cláusula tercera y quinta registrada en los contratos, tampoco se pudo determinar un indicador, fórmula o porcentaje a establecer en el 'A PAGAR MENOS GLOSA'. - En los contratos Nos. 228-2022 y 232-2022 de prestación de servicios temporales a través de suministro de trabajadores en misión para el área de asistencial, en los niveles especializado, profesional, tecnólogo, técnico y auxiliar, en la atención integral de los pacientes En actividades propias de la misión del Hospital en Bogotá y... Para la operación del HRZ, por ser contratos de prestación de servicios de salud no se evidencia en la liquidación la variable A PAGAR MENOS GLOSA. - Teniendo en cuenta lo que instaurado en los contratos, la cláusula tercera numeral 20 y cláusula quinta, numeral 7, 8 y 9, establece las condiciones en caso de presentarse glosa se observó que en el acta de liquidación de algunos de los contratos de prestación de servicios se registra un valor denominado A PAGAR MENOS GLOSA, valor que es pagado igual, en la misma fecha de liquidación o en días siguientes o anteriores, sin observarse procedimiento y/o documento, directriz alguna que soporte la revisión de cuentas médicas y se hayan contestado por el contratista las objeciones formuladas descontándose el valor de las glosas aceptadas por fallas atribuibles al contratista, y/o las formuladas por los aseguradores en forma definitiva; se exceptúan los contratos Nos. 236-2022 y 1416 de 2022.</p> <p>Criterio: Resoluciones orgánicas Nos. 007 y 008 de 2015 de la Auditoría General de la Republica. Resolución 0045 de enero de 2021 de la Contraloría de Cundinamarca</p> <p>Causa: Falta de información. Falta de capacitación o desconocimiento de requisitos.</p> <p>Efecto: Incumplimiento normativo</p> <p>5. CONDICIÓN: La verificación de los recursos liberados en los contratos suscritos en el periodo observado en este informe, con fuente del SIA OBSERVA, indica que el 43.1%, es decir que en ochocientos noventa (890) contratos se han tenido que liberar recursos; liberación que asciende a \$4.805.623.347 y que va desde \$1 hasta \$156.976.490 pesos, correspondiendo el 1.94% del valor total de los contratos suscritos por la entidad en el periodo determinado para este informe.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>DESCRIPCION</th> <th>NO.CONTRATOS</th> <th>VR. CONTRATOS</th> <th>NO.CONTRATOS</th> <th>VR. LIBERACION CONTRATOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENERO 2022 A 30 ABRIL 2023</td> <td>2063</td> <td>\$247.706.959.895</td> <td>890</td> <td>\$4.805.623.347</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA ALEATORIA</td> <td>143</td> <td>\$44.764.333.693</td> <td>89</td> <td>\$391.846.820</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: SIA OBSERVA</p> <p>En la muestra establecida por números aleatorios el 47.55% de los contratos registran recursos liberados que van desde \$162 pesos hasta \$73.659.657 pesos y que en valor es menor al 1% de los contratos de la muestra y por rangos en número de contratos suscritos y en de pesos es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>RANGOS</th> <th>NUMERO</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< \$10,000</td> <td>5</td> <td>\$7.525</td> </tr> <tr> <td>< \$100,000</td> <td>11</td> <td>\$585.797</td> </tr> <tr> <td>< \$500,000</td> <td>14</td> <td>\$3.199.912</td> </tr> <tr> <td>< \$1,000,000</td> <td>6</td> <td>\$4.494.276</td> </tr> <tr> <td>< \$10,000,000</td> <td>22</td> <td>\$89.181.798</td> </tr> <tr> <td>< \$50,000,000</td> <td>8</td> <td>\$167.007.505</td> </tr> <tr> <td><\$75,000,000</td> <td>2</td> <td>\$127.370.007</td> </tr> <tr> <td></td> <td>68</td> <td>\$391.846.820</td> </tr> </tbody> </table> <p>En promedio por contrato suscrito de los aquí referenciados se estarían liberando \$5.762.453,24</p> <p>Criterio: Resoluciones orgánicas Nos. 007 y 008 de 2015 de la Auditoría General de la Republica, Resolución 0045 de enero de 2021 de la Contraloría de Cundinamarca</p> <p>Causa: Falta en la planeación y proyecciones soportadas presupuestalmente y basadas en los datos históricos reales, en estadísticas, en la caracterización de la población, que sean soporte de estudios previos y/o justificación.</p> <p>Efecto: Debilidades en la planeación.</p>	DESCRIPCION	NO.CONTRATOS	VR. CONTRATOS	NO.CONTRATOS	VR. LIBERACION CONTRATOS	ENERO 2022 A 30 ABRIL 2023	2063	\$247.706.959.895	890	\$4.805.623.347	MUESTRA ALEATORIA	143	\$44.764.333.693	89	\$391.846.820	RANGOS	NUMERO	VALOR	< \$10,000	5	\$7.525	< \$100,000	11	\$585.797	< \$500,000	14	\$3.199.912	< \$1,000,000	6	\$4.494.276	< \$10,000,000	22	\$89.181.798	< \$50,000,000	8	\$167.007.505	<\$75,000,000	2	\$127.370.007		68	\$391.846.820	
DESCRIPCION	NO.CONTRATOS	VR. CONTRATOS	NO.CONTRATOS	VR. LIBERACION CONTRATOS																																										
ENERO 2022 A 30 ABRIL 2023	2063	\$247.706.959.895	890	\$4.805.623.347																																										
MUESTRA ALEATORIA	143	\$44.764.333.693	89	\$391.846.820																																										
RANGOS	NUMERO	VALOR																																												
< \$10,000	5	\$7.525																																												
< \$100,000	11	\$585.797																																												
< \$500,000	14	\$3.199.912																																												
< \$1,000,000	6	\$4.494.276																																												
< \$10,000,000	22	\$89.181.798																																												
< \$50,000,000	8	\$167.007.505																																												
<\$75,000,000	2	\$127.370.007																																												
	68	\$391.846.820																																												
Página 12	13	Informe Semestral del MECI (Decreto 2106 de 2019) Julio 17 de 2023	<p>1- MANTENIMIENTO DEL CONTROL: Existe requerimiento pero se requiere de actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.</p> <p>2- OPORTUNIDADES DE MEJORA: Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.</p> <p>3- DEFICIENCIA DEL CONTROL: No se encuentra el aspecto por lo tanto la entidad debiera generar acciones dirigidas a que se cumpla con el requerimiento.</p>	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS Gerente																																										

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
14	Auditoría Austeridad del Gasto II 2023	Agosto 31 de 2023	<p>4. CONDICIÓN: No se evidencian 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 Auditoría 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>EFEECTO: Posible Riesgo Financiero para la sostenibilidad financiera.</p>	<p>SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCÍA Directora Administrativa</p> <p>LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica</p> <p>YANET CRISTINA GIL ZAPATA Directora Financiera</p> <p>JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá</p> <p>ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá</p> <p>MAURICIO O'BYRNE RAMIREZ Subdirector Educación Médica</p>
15	Informe seguimiento a acciones de mejora de fuente Auditorías de Control Interno desde Enero 1 a Junio 30 de 2023	Septiembre 18 de 2023	<p>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 auditoría 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.</p> <p>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.</p> <p>Informe Semestral del MECI (Decreto 2106 de 2019)</p> <p>1-MANTENIMIENTO DEL CONTROL: Existe requerimiento pero se requiere de actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.</p> <p>2-OPORTUNIDADES DE MEJORA: Se encuentra en proceso, pero requiere continuar con acciones dirigidas a contar con dicho aspecto de control.</p> <p>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.</p> <p>Informe de Auditoría Autoevaluación MECI vig 2023</p> <p>2. CONDICIÓN: 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>CRITERIO: 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>CAUSA: 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>EFEECTO: Falta de eficiencia en procesos, actividades a cargo, como eficiencia en los controles que permitan el ejercicio de autocontrol en su gestión.</p> <p><u>Inf. de seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente aud. C.Interno realizadas desde 1 julio hasta 31 dic. 2022</u></p> <p>II. AUDITORÍA DE SEGUIMIENTOS A PROCESOS INSTITUCIONALES Y LOS RIESGOS ASOCIADOS 2022</p> <p>3. OFICIO ACTAS COMITÉ DIRECTIVO – VIGENCIA 2020 Y 2021</p> <p>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 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. (Recomendación de Informe Auditoría vigencia pasada).</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993 Artículo 12.</p> <p>CAUSA: Inadecuado manejo para la consulta y seguimiento documental.</p> <p>EFEECTO: Falta de seguimiento en Gestión documental, control y seguimiento, generando dificultad para la consulta, cumplimiento y trazabilidad de la información.</p> <p>9. OFICIO ACTUALIZACIÓN PROCEDIMIENTO 02DE09-V1 "COMITES INSTITUCIONALES"</p> <p>CONDICIÓN: Se evidencia que se encuentra desactualizado el Procedimiento "Comités Institucionales" Identificado con código 02DE09-V1 de Dirección 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).</p> <p>CRITERIO: Norma Técnica Colombiana ISO 90001 de 2015.</p> <p>CAUSA: Falta de seguimiento en las fechas de vencimiento de los procedimientos.</p> <p>EFEECTO: Incumplimiento en las fechas de actualización de procedimientos.</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>YANET CRISTINA GIL ZAPATA Directora Financiera</p> <p>EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES Jefe Oficina Asesora Jurídica (E) y Lider Proyecto Control Disciplinario</p> <p>LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad</p> <p>JAIRO ENRIQUE CASTRO Director Sede HR Zipaquirá</p> <p>ANA CAROLINA SERNA RUBIO Coordinadora Sede UF Zipaquirá</p>

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<p>IV. INFORME SEGUIMIENTO A ACCIONES DE MEJORAMIENTO. FUENTE AUDITORÍA CONTROL INTERNO – Enero 01 a Junio 30 de 2022.</p> <p>I. AUDITORÍA - Rendición Cuenta SIA OBSERVA 2021 - Enero de 2022 PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD Seguimiento a las recomendaciones: 2. A la fecha del presente informe no se evidencian respuestas 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 allegó información alguna por parte de la oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.</p> <p>II. AUDITORÍA INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO – DICIEMBRE 01 AL 31 DE 2021 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 Auditoría elaborado por la Procuraduría General de la Nación, entregado en el año de 2020, establece observaciones que en el presente informe de Auditoría persisten por lo que se exhorta a dar cumplimiento de estas.</p> <p>7. Teniendo en cuenta el Objetivo y los objetivos de la presente Auditoría, y que el acceso a la información es un ejercicio diario que los ciudadanos llevan a cabo para acercarse a la administración pública, conocer información general y de interés, y garantizar otros derechos.</p> <p>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 realizara con las auditorías 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 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 AUSTRERIDAD 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 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 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 AUDITORÍA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN - SEGUIMIENTO A INDICADORES 2021 1. Se recomienda actualizar el Procedimiento CONTROL DE INDICADORES identificado con Código 02GC11-V2 y dar aplicabilidad a lo que establece la Ordenanza No. 072 de la Asamblea de Cundinamarca en su Artículo 2°.</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> <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 vea comprometida el cumplimiento de la plataforma estratégica.</p>	

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORÍA 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>III. Resultados de la encuesta Autoevaluación de Implementación Del Modelo Estándar De Control Interno "MECI" Vig. 2022 - Abril de 2022 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>IV. Informe Auditoría Control Interno Contable Vig. 2021 - Junio de 2022 3. (20) Realizar las investigaciones disciplinarias a las que haya lugar y en los casos que sea pertinente.</p> <p>V. INFORME AUDITORÍA GESTIÓN PQRSDF a Septiembre 30 de 2022, Bogotá y Sedes de Zipaquirá. 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 ATENCIÓN 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>4. CONDICIÓN: 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). 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 analizada por los responsables referente a indicadores de Bogotá. EFEECTO: 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 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. CAUSA: Falta de capacitación o desconocimiento de la norma. EFEECTO: Inefectividad en la articulación de Planes de Mejora de PQRSDF con los de Acreditación.</p> <p>VI. AUDITORIA DE CUMPLIMIENTO A LA LEY DE TRANSPARENCIA, A LA DIRECTIVA PRESIDENCIAL DE CERO PAPEL A LA RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES – SUIT. 3-Los sujetos obligados en los términos de la presente ley Anti trámites deberán revisar, cada seis (6) meses, que los trámites 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>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>	

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<p>Informe de Auditoría seguimiento a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados 2023</p> <p>5. 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. Falta de seguimiento en Gestión documental, control y seguimiento. EFFECTO: Dificultad para la consulta, cumplimiento y trazabilidad de la información.</p> <p>10. 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. EFFECTO: Desarticulación de las actividades con lo estipulado en el Modelo Estándar de Control Interno "MECI" Componente de Ambiente de Control.</p> <p>13. Oficio SOPORTES DE LA SUPERVISIÓN DE CONTRATOS VIGENCIAS 2022 Y 2023 CONDICIÓN: Se observa la no publicación del Estatuto de Contratación y Manual de Contratación actualizados CRITERIO: Ley 1712 de 2014. CAUSA: Falta de publicación de documentos actualizados de contratación. EFFECTO: Inadecuado acceso a la información relevante de la entidad.</p> <p>Informe Control Interno Contable 2022 EVALUACION CHIP 2021 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>	
16	Auditoría seguimiento rendición de informes a Entes de Control en ALMERA - Septiembre de 2023	Octubre 2 de 2023	<p>2. CONDICIÓN: Incluir en el Informe de Gestión de cada Dirección y Oficina Asesora, los informes a Entes de Vigilancia y Control que afectan la calificación del Gerente del Hospital. Así mismo informar del cumplimiento, dificultades presentadas y/o Planes de Mejoramiento adoptados para dar cumplimiento en colocar la evidencia de envío de los informes a Entes de Control. CRITERIO: Ley 87 de 1993 Artículo 12. Procedimiento 02DE15-V1 Actividad 7 "Verificar el envío de informes a los Entes de Vigilancia y Control" CAUSA: Inadecuado manejo en la coordinación y comunicación entre áreas para dar cumplimiento en las publicaciones de informes que puedan afectar la calificación del gerente. EFFECTO: Deficiencia en el control y seguimiento en la publicación e incumplimiento en los principios de transparencia.</p> <p>4. CONDICIÓN: Se evidencia que se encuentra desactualizado el Procedimiento "ELABORACIÓN, ANÁLISIS Y REPORTE A ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL", Identificado con código 02DE15-V1 del Proceso Gestión Estratégica, con fecha de aprobación Enero 16 de 2017, cuyo objetivo es; Garantizar que la institución reporte de manera oportuna, completa y correcta toda la información requerida por las diferentes entidades de Vigilancia y Control. CRITERIO: Norma Técnica Colombiana ISO 90001 de 2015. CAUSA: Falta de seguimiento en las fechas de vencimiento de los procedimientos. EFFECTO: Incumplimiento en las fechas de actualización de procedimientos.</p>	SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCÍA Directora Administrativa LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS Directora Científica YANET CRISTINA GIL ZAPATA Directora Financiera NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA Jefe Oficina Asesora Jurídica NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO Directora de Atención al Usuario LEONARDO DUARTE DIAZ Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
17	Informe de Auditoría seguimiento Riesgos y Controles de Corrupción 2023	Noviembre 29 de 2023	<p>3. Condición: Para dar alcance al Artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, que modificó el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 en su PARAGRAFO 2. Las entidades del orden territorial contarán con el término máximo de dos (2) años y las entidades del orden nacional con un (1) año para adoptar Programa de Transparencia y Ética Pública. PARAGRAFO 3. La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República será la encargada de señalar las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que deben cumplir el Programa de Transparencia y Ética Pública de que trata este Artículo, el cual tendrá un enfoque de riesgos. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) o modelos sucesores deberá armonizarse con el Programa de Transparencia y Ética Pública. Por lo anterior se recomienda prioritariamente tener el programa de Transparencia y Ética Pública. CRITERIO: Ley 2195 de 2022, Artículo 31, Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011 Causa: Desconocimiento de la norma que afecta el cumplimiento, seguimiento y prevención de actos de corrupción, como reforzar la articulación y coordinación de las entidades del estado. Efecto: Pérdida de credibilidad institucional por el desconocimiento de las normas que promueven la prevención de actos de corrupción.</p> <p><u>De las recomendaciones de las vigencias 2020 y 2021 se reiteran las siguientes:</u> ü Compromiso la responsabilidad es del más alto nivel Directivo de la E.S.E.</p> <p>ü Construcción participativa: Elabore el Mapa de Riesgos de Corrupción y las medidas para mitigar esos riesgos (controles) de manera participativa, en la que se cuente con un canal de comunicación directo con las directivas.</p>	EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS, Proceso Gestión Estratégica; LEONARDO DUARTE DIAZ, Proceso Gestión Integrada de la Calidad; NUBIA GUERRERO PRECIADO, Proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad; MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ, Proceso Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento; RUTH MARGOT ROJAS RODRIGUEZ, Proceso Gestión Apoyo Diagnóstico; MARTHA CECILIA ARIAS PORTILLO, Proceso Gestión de Salud Pública; KEILE JESSEL RONDON ESQUIVEL, Proceso Gestión Servicio de Urgencias; ALEXANDRA BELTRAN

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
			<p>ü Capacitación y conocimiento Los integrantes y/o equipos que participan tengan conocimiento de la E.S.E., de la normatividad que le rige, de la administración de riesgos e integridad en el sector público, con el fin de que se facilite la identificación, evaluación y/o cuantificación (la probabilidad e impacto, así como de las acciones que deben emprenderse), análisis, control, supervisión y monitoreo.</p>	<p>SUÁREZ, Proceso Gestión Servicios Ambulatorios; YAMILE UBAQUE, Proceso Gestión Servicios Complementarios; LUISA ALEJANDRA PARDO RICO, Proceso Gestión Servicios Hospitalarios; CARLOS HARBEY JAIMES, Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos; MIGUEL ANGEL LIÑERO COLMENARES, Proceso Bienes y Servicios; NELSY DEL PILAR FLÓREZ CRUZ, Proceso Gestión de Hotelería Hospitalaria; MARTHA LUCIA GONZÁLEZ, Proceso Gestión del Talento Humano; NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA, Proceso Gestión Jurídica; JEFFREY MANOLO TORRES VALADARES, Proceso Ingeniería Hospitalaria; SOLANYI ESPERANZA GARZÓN AVILA, Proceso Inteligencia de Mercados; JUAN CARLOS MOLINA GUEVARA, Proceso Tecnología Biomédica; YANET CRISTINA GIL ZAPATA, Proceso Gestión Financiera; LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS, Proceso Gestión de la Información TIC; CLAUDIA YADIRA CIFUENTES SOSA, Líder Proyecto Almacén General; FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ ROA, Líder Proyecto de Farmacia; LUZ DARY RUIZ ROMERO, Subdirectora de Personal; SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA, Directora Operativa Administrativa; CARMEN YAMILE GÓMEZ RODRÍGUEZ, Líder de Proyecto de Nutrición; CLERY LUZ TARA PUES, Líder Proyecto (e) Cuentas Médicas; LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS, Directora Operativa Científica; JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO, Director Sede HR de Zipaquirá; JESUS ALFONSO CRUZ VARGAS, Subdirector Operativo Cirugía General; OMAR ROBERTO PEÑA DÍAZ, Subdirector Operativo Ortopedia; WILLIAM MAURICIO RIVEROS CASTILLO, Subdirector Operativo Neurocirugía; CARLOS JULIO GARCÍA PERLAZA, Subdirector Operativo Ginecología; MARIA TERESA OSPINA CABRERA, Subdirector Operativo Unidad de Cuidado Intensivo</p>
			<p>ü Conocimiento de los objetivos estratégicos, del Plan Indicativo, del POA, de los Planes departamentales</p>	
			<p>ü Controles: Identifique acciones viables y eficaces que sirvan como controles que mitiguen de manera adecuada las causas que hacen que los riesgos se materialicen. Controles que al interrelacionarse permiten a la entidad evaluar aquellos eventos negativos tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos estratégicos de la E.S.E.</p>	
			<p>Se reiteran del informe de riesgos de corrupción de la vigencia 2020 las siguientes recomendaciones: v Como una de las primeras herramientas se recomienda inspeccionar, examinar y analizar la metodología reconocida y difundida, para cada la línea estratégica y las líneas de defensa con el objetivo de optimizar la herramienta en todos los niveles de servidores públicos.</p>	
			<p>v Se recomienda generar un buen mecanismo de inducción, capacitación, socialización y promulgación en los niveles operativos, para que de esta forma sea implementada efectivamente la identificación de los riesgos de corrupción y sus causas.</p>	
			<p>v Se recomienda efectuar un análisis cuidadoso de las causas que pueden originar la posible materialización de los riesgos de corrupción en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, lo que permitirá identificar objetivamente los riesgos de corrupción y establecer control y/o controles adecuados por cada una de las causas, que mitiguen el impacto y la probabilidad en caso de ocurrencia del riesgo de corrupción. El análisis de estas causas debe incluir los aspectos legales y reputaciones, el Recurso Humano, los Procesos, la Seguridad Digital, la Tecnología, la Infraestructura y el contexto externo.</p>	

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
18	Auditoría Austeridad del Gasto III 2023	Diciembre 18 de 2023	<p>RECOMENDACIONES TERCER TRIMESTRE 2023</p> <p>1. CONDICIÓN: De acuerdo a la información entregada por la Dirección Financiera, se observó pérdida recurrente de un periodo a otro en la sede UF ubicada en el Municipio de Zipaquirá, por lo cual se recomienda actividades y/o planes de mejora contundentes de Austeridad del Gasto para reducir el gasto mensual hasta en \$3.205 millones. CRITERIO: Directiva Presidencial 02 de 2023. Decreto 444 de 2023. CAUSA: Falta de acciones para el mejoramiento continuo para Austeridad del Gasto. EFEECTO: Posible riesgo en la sostenibilidad Financiera del Hospital.</p> <p>3. CONDICIÓN: Se observa en los servicios de salud una pérdida de \$14.917 mil millones a septiembre, por lo cual se recomienda supervisión y traslado de las glosas a los contratistas, según términos establecidos en los contratos. CRITERIO: Directiva Presidencial 02 de 2023. Decreto 444 de 2023. CAUSA: Falta de supervisión y seguimiento de traslado de glosas. EFEECTO: Posible riesgo en la sostenibilidad financiera del Hospital.</p> <p>4. CONDICIÓN: Se recomienda una revisión general de los gastos hormiga en los contratos, toda vez que se evidencio un ingreso menor a los gastos de 3,205 millones a septiembre de 2023. CRITERIO: Directiva Presidencial 02 de 2023. Decreto 444 de 2023 CAUSA: Falta de supervisión y seguimiento. EFEECTO: Posible Riesgo en la sostenibilidad financiera del Hospital.</p> <p>6. CONDICIÓN: Se evidencio que en el Hospital no existe procedimientos para el Reporte de Riesgos de afectación o pérdida de recursos públicos, como también un procedimiento de Control Fiscal Interno y Mapa de Riesgos Fiscales, como se describe en la Guía para la administración del Riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 6, página 66 y subsiguientes que contiene los lineamientos para el análisis de riesgo fiscal, control fiscal interno y prevención del riesgo y la metodología con el paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales. Se recomienda elaborar los procedimientos mencionados, los cuales deben estar en cabeza de la Dirección Financiera, involucrando al Revisor Fiscal, Supervisores, Subdirector de Bienes y Servicios e Inteligencia de Mercados, Oficina Asesora Jurídica, Control Interno Disciplinario, Oficial de Cumplimiento y Oficina de Control Interno. CRITERIO: Decreto Ley 403 de 2020, Por el cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y el fortalecimiento del control fiscal. Resolución Reglamentaria Organizacional REG-ORG - 0762 - 2020 de 2020. Ley 1474 de 2011. Artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, cuyo contenido modificó artículo 73 de la Ley 1474 de 2011. Guía para la administración del Riesgo y diseño de controles en entidades públicas, versión 6. CAUSA: Desconocimiento de normas lo que conduce a que el Hospital no cuente con documentación actualizada de acuerdo a la normalidad. EFEECTO: Pérdida de recursos públicos por no contar con la implementación de documentación actualizada que permita un mayor control y reporte de los riesgos.</p> <p>RECOMENDACIONES Segundo trimestre 2023 y anteriores</p> <p>3. 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 Auditoría vigencia pasada). 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. CAUSA: Inadvertencia del problema de no identificar riesgos. EFEECTO: Posible Riesgo Financiero para la sostenibilidad financiera.</p>	<p>SANDRA ELIANA RODRÍGUEZ GARCÍA, Directora Administrativa / YANET CRISTINA GIL ZAPATA, Directora Financiera / LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS, Directora Científica / JAIRO ENRIQUE CASTRO, Director Sede HR de Zipaquirá / MAURICIO O'BYRNE RAMÍREZ, Subdirector de Educación Médica / ANA CAROLINA SERNA RUBIO, Coordinadora Sede UF de Zipaquirá / ALEXANDRA BELTRÁN SUÁREZ, Proceso Gestión de Servicios Ambulatorios / LUISA ALEJANDRA PARDO RICO, Proceso Gestión Servicios Hospitalarios / MARTHA CECILIA ARIAS PORTILLO, Proceso Gestión Salud Pública / KEILE JESSEL RONDON ESQUIVEL, Proceso Servicio de Urgencias.</p>
19	Informe de Auditoría de Gestión de Riesgos de Proceso 2023	Diciembre 27 de 2023	<p>RECOMENDACIONES 2022</p> <p>1. CONDICIÓN: Analizados los riesgos que se materializaron de los Procesos de la Dirección Científica y como causa de materialización fue "CAUSA NO ERA PREVENIBLE", se sugiere evaluar con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad si los riesgos por esta causa se podrían tipificar como eventos adversos y/o riesgo en salud (Definición OMS). Lo anterior porque de esta manera se aumenta el porcentaje de materialización de los Riesgos de la Matriz Institucional. CRITERIO: Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 612 de 2018 CAUSA: Inadvertencia de los Riesgos materializados se podrían tipificar como eventos adversos y/o riesgos en salud. EFEECTO: Incremento en la posibilidad de aumento de la materialización de los riesgos.</p> <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 EFEECTO: 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 EFEECTO: Inefectividad que el riesgo no cumpla con el propósito por el que fue registrado en la matriz.</p>	<p>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</p>

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



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

# AUDITORÍA	NOMBRE DE LA AUDITORÍA	FECHA DE INFORME AUDITORÍA	RECOMENDACIONES	RESPONSABLE PROCESO
20	Informe Auditoría Arqueos Dineros Públicos en cajas - 2023	Diciembre 29 de 2023	<p>RECOMENDACIONES 2023</p> <p>3. CONDICIÓN: Se detectó que no hay documentación institucional donde se estipulen las bases de dinero que deben tener las Cajas Principales, de Urgencias y de Consulta Externa en Bogotá y las Sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá, lo anterior debido a que en arqueos realizados a las cajas de las Sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá, fue solicitado el documento institucional donde se establecieron las bases de dinero que deben tener todas las cajas, sin recibir durante los arqueos dicho documento.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993, Ley 1952 de 2019.</p> <p>CAUSA: Falta de documentación institucional referente a las bases que deben tener cada una de las cajas de Bogotá y las Sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá.</p> <p>EFEECTO: Incumplimiento en planeación y socialización de documentación institucional referente a las bases que deben tener las cajas del hospital incluyendo las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá.</p>	<p>LUZ AMALIA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Lider de Proyecto Tesorería</p> <p>MIGUEL ANGEL LÍNEIRO COLMENARES Subdirector Bienes, Compras y Suministros</p> <p>JEFFREY MANOLO TORRES VALLADARES Lider de Proyecto de Mantenimiento y Arquitectura</p> <p>FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ ROA Lider de Proyecto Farmacia</p> <p>JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO Director Sede HR de Zipaquirá</p>

Las Recomendaciones que se relacionaron en la tabla mencionada anteriormente serán revisadas nuevamente en la próxima auditoría que se realice en el 1er. semestre de la vigencia 2024.

SOLICITUD: *Las Recomendaciones registradas anteriormente en este Informe de Auditoría, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmadas conforme se enuncian, no deben ser modificados de manera total ni parcialmente.*

El Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002 el cual se encuentra vigente a la fecha del presente informe de Auditoría, Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario, Ley 2094 de 2021 – “Por medio de la cual se reforma la Ley 1952 de 2019 y se dictan otras disposiciones”, establece que se debe dar aplicabilidad a lo que se registra en las solicitudes realizadas y a las cuales se les debe dar respuesta por cada uno de los Responsables de Proceso y cuyo texto es el siguiente; **“No dar respuesta a los requerimientos que se realicen constituye una falta disciplinaria”.**

El presente Informe de Auditoría 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 JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Febrero 26 de 2024