

11 - 098

San José de Cúcuta, 16 de diciembre de 2022

PARA: Dra. DORIS ANGARITA ACOSTA, Asesora de Planeación y Calidad

DE: Asesor Control Interno de Gestión

ASUNTO: Resultado de la Auditoría de Direccionamiento Estratégico y Gerencial

Me permito remitir resultado de la Auditoría practicada al Proceso de DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL.

Respetuosamente solicito en término de ocho (8) días hábiles, el respectivo cargue en el aplicativo del Plan de Mejoramiento para su seguimiento.

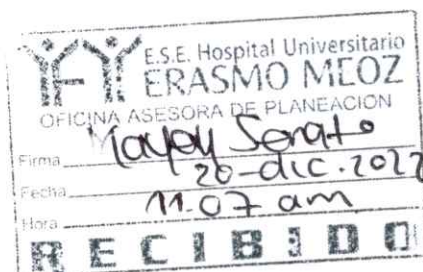
Atentamente,



MARTIN EDUARDO HERRERA LEON

Anexo: Folios (Hojas 5)

Transcriptor: María Elida Lindarte



APERTURA

Fecha de inicio: 25 de
Noviembre del 2022

Hora de inicio : 9 a.m

Lugar: Oficina Asesora
de Planeacion

Proceso: Direccionamiento Estratégico y Gerencial

Observaciones:

REGISTRO

Nombre	Responsable	Reunión de apertura	Reunión de Cierre
		Firma	Firma
Tonino Botta Fernández	Gerente		
Maribel Trujillo Botello	Gerente (E)		
Doris Angarita Acosta	Asesora Planeacion y Calidad		
Ruth Xiomara Rodriguez Cristancho	Subgerente Administrativa		
Manuel Hernando Ortiz Ramirez	Profesional Universitario		
Luis Eduardo Velasco Marquez	Profesional Universitario		
Vanessa Contreras Fuentes	Profesional Especializado		
Jonathan Gelvez Ramos	Profesional Especializado		
Daniel Andres Torrado	Profesional Especializado		
Angelica Maria Contreras Carreño	Profesional Universitario	Angelica M. Contreras C.	Angelica M. Contreras C.
Marisela Arevalo Arevalo	Coordinadora SIAU		
Angie Peinado	Profesional Especializado	Angie Peinado	Angie Peinado
Martin Eduardo Herrera Leon	Asesor Control Interno		

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-003
		VERSION: 3
	ACTA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORIA	FECHA: DIC 2021
		PAGINA 2 de 3

Brigytte Stephanny Correa Vasquez	Profesional Universitario	Brigytte Correa V.	Brigytte Correa V.
Martin Mora Hernandez	Profesional Especializado	Nixon Leal O.	Nixon Leal O.
Nixon Leal Ortega	Profesional Universitario	Nixon Leal O.	Nixon Leal O.
Mayra Jacome Fuentes	Tecnico Administrativo	Mayra Jacome	Mayra Jacome

ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Determinar el grado de cumplimiento de los procesos, procedimientos del área de Direccionamiento Estratégico y Gerencial y generar las recomendaciones que permitan la mejora continua del procedimiento auditado. Alcance desde 01 de Diciembre de 2021 hasta el 24 de Noviembre de 2022.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORIA

La auditoria se realizara teniendo en cuenta y tomando como referencia las Normas de Auditoria Generalmente Aceptadas (NAGA). Los criterios y elementos de verificación, confrontación y evaluación estan determinados por: Plan de desarrollo institucional, códigos, resoluciones, manual de procesos y procedimientos, manual de funciones, planes de mejoramiento, mapas de riesgos e indicadores propios del procedimiento.

CIERRE


Fecha de inicio: Hora de inicio : Lugar: Gerencia

Observaciones:

SUSPENSIÓN:

Fecha : Hora: Lugar:

Descripción.

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION		CODIGO: CI-FO-005
			VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA		FECHA: MAR 2021
			PAGINA 1 de 9

1. ASPECTOS GENERALES DE LA AUDITORIA

Proceso		Responsable del proceso	
Direccionamiento Estratégico y Gerencial		Gerencia	
Fecha de apertura	Fecha de cierre	Fecha elaboración informe	Tipo de auditoría
25/11/2022	15/12/2022	15/12/2022	Programada
Auditores		Auditados	
Martin Eduardo Herrera León Brigytte Correa Vásquez Martin Mora Hernández Nixon Martin Leal Ortega Mayra Jácome Fuentes		Tonino Botta Fernández Maribel Trujillo Botello Doris Angarita Acosta Ruth Xiomara Rodriguez Cristancho Manuel Hernando Ortiz Ramirez Luis Eduardo Velasco Marquez Vanesa Contreras Fuentes Jonathan Gelvez Ramos Daniel Andres Torrado Angelica Maria Contreras Carreño Marisela Arevalo Arevalo Angie Peinado	

Objetivo general

Determinar el grado de cumplimiento de las actividades establecidas en los procedimientos de Direccionamiento Estratégico y Gerencial que sean ejecutadas con la eficacia y eficiencia brindando herramientas para cumplir con la normatividad existente en busca de mejorar e incrementar la oportunidad, definitivas para optimizar la prestación del servicio en el HUEM. Como aporte en la ejecución de La Mejora Continua del proceso evaluado.

Alcance


Revisión, inspección ocular y confrontación del cumplimiento de cada una de las actividades y registros o puntos de control, que componen los Procedimientos del proceso de Direccionamiento Estratégico y Gerencial para la vigencia comprendida desde el 1 de Diciembre de 2021, hasta el 24 de Noviembre de 2022.

Metodología

La Auditoría se realizará a cada uno de los procedimientos y responsables establecidas en el respectivo proceso, tomando como referencia y criterio las normas de Auditoría generalmente aceptadas NAGA. Se evaluará el grado de cumplimiento de los objetivos particulares del área.

Criterios


Los elementos de verificación, confrontación y evaluación en la presente Auditoría, están

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION		CODIGO: CI-FO-005
			VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA		FECHA: MAR 2021
			PAGINA 2 de 9

determinados por: ley 80 de 1989, resolución 256 del 2016, sistema de información de calidad, Plan de Desarrollo Institucional, Código de Ética, Manual de procesos y procedimientos, Manual de Funciones, planes de mejoramiento y normatividad tanto interna como externa que afectan el Proceso objeto de la evaluación. De la misma manera los aspectos inherentes al desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.


2. HALLAZGOS						
N o	Descripción del hallazgo	procedimiento	C	NC	O B	Criterios de auditoria
1	El proceso de Direccionamiento Estratégico y Gerencial tiene soportados, los procesos, procedimientos, guías, manuales, evidenciados en la página Intranet de la entidad y los requerimientos por la normatividad.	Direccionamiento Estratégico y Gerencial	x			Plan de Desarrollo Plan de Acción Manual de Procesos Manual de funciones
2	Tras revisión en la página intranet se evidencia que el procedimiento cumple con los Planes de Mejoramiento.	MIPG Direccionamiento Estratégico y Gerencial	x			Aplicativo institucional, software. Planes de Mejoramiento
3	De los Indicadores de Gestión, se evidencia que "donaciones realizadas a través del programa huellas" vigencia 2022 no cuentan con los soportes requeridos. Además según el programa dicho indicador	Oficina Asesora de Planeación			x	Aplicativo institucional, Panel de Indicadores Programa huellas PE-PG-002

	frecuencia trimestral pero actualmente se está llevando de manera semestral.					
4	Del Mapa de Riesgos Institucional	MIPG, Mapa de Riesgos	x			Página intranet – Mapa de Riesgos por proceso.
5	<p>Ante revisión documental se evidencio que los siguientes documentos se encuentran desactualizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PE-PR-001 GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS (ALIANZA ESTRATÉGICA) - PE-PR-002 GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS - PE-PR-003 PLAN BIENAL DE INVERSIONES - PE-IN-001 INSTRUCTIVO DE CONSULTAS EN LISTA OFAC O CLINTON Y LISTA ONU 	Todos los procedimientos			x	Manual de Procesos y Procedimientos - Normatividad.
6	Se realiza el procedimiento de la debida diligencia en el chequeo de listas internacionales: OFAC o CLINTIN y ONU.	Sub-gerencia administrativa	x			<p>Instructivo de Consultas en la Lista OFAC o CLINTON y lista ONU</p> <p>PE-IN-001</p>

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION		CODIGO: CI-FO-005
			VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA		FECHA: MAR 2021
			PAGINA 4 de 9


7	El Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT se encuentra en desarrollo, para la vigencia 2023 se aplicaran 3 nuevos formatos que deben aplicar todos los terceros que se vinculan o relacionan con la entidad, por norma.	Sub-gerencia administrativa			x	Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT
8	Que en el mapa de riesgos del proceso debe incluirse los riesgos de SARLAFT, y posteriormente publicarse en la página intranet.	Sub-gerencia administrativa			x	Página intranet – Mapa de Riesgos por proceso.
9	Del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano institucional, se evidencia: la construcción entre ciudadanos y colaboradores, su publicación en la página web de la entidad en la sección denominada “Transparencia” y divulgación mediante la RES. 000180 de 2022, correos y demás medios informativos.	Oficina Asesora de Planeación	x			Plan anticorrupción y de atención al ciudadano
10	Según el departamento administrativo de la Función Pública, donde se establecen las generalidades acerca de	Oficina Asesora de Planeación			x	Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas

	los riesgos de corrupción pg. 65, "se debe elaborar anualmente por cada responsable de los procesos al interior de las entidades junto con su equipo". Pero se evidencio que no se cumple acabidad por cuanto se tuvo en cuenta únicamente 7 procesos para la construcción del mapa.					versión 5 Función Pública Diciembre 2020
11	La matriz definición del riesgo de corrupción se compone así: riesgo, descripción, tipo, causas y consecuencias. Se evidencio que el componente de "consecuencias" no ha sido plasmado dentro del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano durante la vigencia 2021 y 2022.	Oficina Asesora de Planeación		x		Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4 Función Pública Octubre 2018
12	El programa de promoción y prevención ejecuta estrategias educativas para fortalecer las habilidades de autocuidado de prácticas seguras en salud en los pacientes, familiares y/o cuidadores de la ESE HUEM. Lo cual queda registrado en la historia clínica de cada paciente y mediante programas como: "saludando"	Programa de promoción y prevención	x			Programa de educación a pacientes, familiares y/o cuidadores PE-PG-001

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION				CODIGO: CI-FO-005
					VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA				FECHA: MAR 2021
					PAGINA 6 de 9

	"viernes saludable" "un día con" y en la página web de la institución sección educación a usuarios.					
13	Que la actividad "UN CAFÉ CON" no se ha venido realizando como lo describe el programa, desde épocas de pandemia.	Programa de promoción y prevención			x	Programa de educación a pacientes, familiares y/o cuidadores PE-PG-001
14	Se cumple a cabalidad con los pasos necesario para la inducción y/o re inducción de los miembros de la junta directiva del Hospital Universitario Erasmo Meoz.	Gerencia	x			Protocolo de inducción y/o re inducción a la junta directiva PE-PT-001
15	Actualizar información de los acuerdos cargados en la sección Códigos de la Intranet, puesto que dichos acuerdos son de vigencias anteriores.	Direccionamiento Estratégico y Gerencial			x	Página intranet Sección códigos
16	La Estructuración y socialización del programa de responsabilidad social empresarial se ha desarrollado mediante acciones socialmente responsables en la entidad.	SIAU	x			Programa de responsabilidad social empresarial PE-PG-003
17	Se establecen lineamientos institucionales para la gestión integral de los comités en la ESE HUEM, desde: creación,	Oficina Asesora de Planeación	x			Guía para La gestión de Comités institucionales PE-GI-001

	funcionamiento, elaboración del plan de trabajo anual de comités, evaluación y seguimiento de indicadores.					
18	Del plan de acción institucional se evidencio su respectiva ejecución y seguimiento, adopta el respectivo plan y soporte que registran las acciones de seguimiento.	Oficina Asesora de Planeación	x			Procedimiento elaboración, seguimiento y/o ajuste al plan de acción institucional PE-PR-004
19	Se soporta el cumplimiento del procedimiento con la identificación de la necesidad a proyectar dentro de la ESE HUEM.	Oficina Asesora de Planeación	x			Gestión integral de proyectos PE-PR-002
20	<p>Tras inspección documental practicada se constató de los proyectos formulados que;</p> <p>Proyector por ejecutarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Torre administrativa - Remodelación y ampliación de archivo <p>Proyectos que cuentan con estudio de diseño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de equipos para dotación de quirófanos de 	Oficina Asesora de Planeación	x			Gestión integral de proyectos PE-PR-002

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION		CODIGO: CI-FO-005
			VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA		FECHA: MAR 2021
			PAGINA 8 de 9

	cirugía cardiovascular - Morgue Proyectos que ya tienen viabilidad: - Fortalecimiento del servicio quirúrgico en dotación de equipos biomédicos - Fortalecimiento del servicio de hospitalización urgencias y apoyo diagnostico con dotación de equipos biomédicos - Fortalecimiento del servicio de cirugía con instrumental quirúrgico.					

Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda

RECOMENDACIONES:


Conformidades: 12

No conformidades : 1

Observaciones : 7

Total : 20

- Se recomienda actualizar el indicador de gestión "donaciones realizadas a través del programa huellas" vigencia 2022 ya que no cuentan con los soportes requeridos y su frecuencia debe ser revisada.

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA	FECHA: MAR 2021
		PAGINA 9 de 9

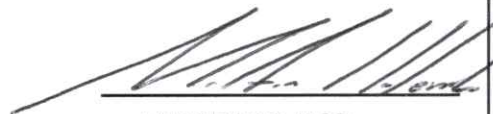
- Revisar y actualizar los documentos que se encuentran desactualizados a más de 2 años, ubicados en la página intranet.
- Del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT se debe seguir con su puesta en marcha, del mismo modo realizar la publicación en el mapa de riesgos, sobre los riesgos del sistema.
- Del mapa de gestión de riesgos de corrupción al momento de su construcción se debe tener en cuenta a todos y cada uno de los procesos del hospital junto con su líder y equipo de trabajo, también del mismo se deben incluir las consecuencias en la matriz de definición de riesgos, como lo indica la Función Publica.
- Del programa "UN CAFÉ CON" se recomienda revisar su pertinencia de continuar aplicándolo o modificación si lo amerita.
- De los acuerdos cargados en la página intranet sección CÓDIGOS, ajustar y revisar cuales se encuentran en vigencia.

Los responsables de los procedimientos evaluados deben subir al aplicativo de planes de mejora las acciones determinadas como: NO CONFORMIDAD (NC) en un plazo de 8 días hábiles, así como cumplir los compromisos de las OBSERVACIONES.



ELABORADO POR

Briggite Correa Vasquez



APROBADO POR

Martín Eduardo Herrera León