



COMUNICACIÓN INTERNA

110 - 021

San José de Cúcuta, 30 de marzo de 2023

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

DE: Asesor Control Interno de Gestión

ASUNTO: Resultado Auditoría Proceso Gestión de Información y Comunicación

Me permito remitir resultado de la Auditoría practicada al Proceso de GESTION INFORMACION Y COMUNICACION.

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

Atentamente,




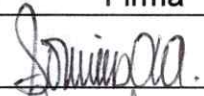
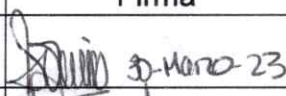
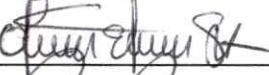
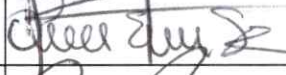
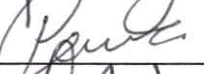
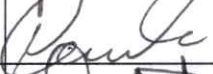




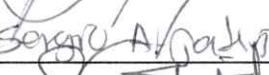
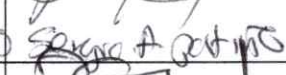






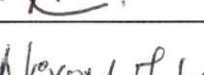
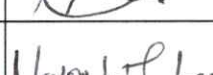
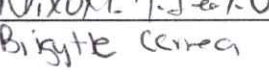
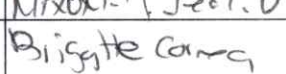
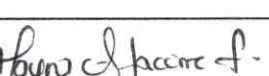

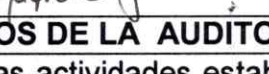
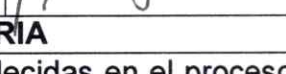
MARTIN EDUARDO HERRERA LEON


Anexo: Folios (Hojas 6)

Transcriptor; María Elida Lindarte




	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-003
		VERSION: 4
	ACTA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORIA	FECHA: JUL 2022
		PAGINA 1 de 2


APERTURA			
Fecha de inicio: 01-03-2023		Hora de inicio: 09 AM	Lugar: Oficinas de Planeación
Proceso: Gestión de Información y Comunicación			
Observaciones:			
REGISTRO			
Nombre	Responsable	Reunión de apertura Firma	Reunión de Cierre Firma
DORIS ANGARITA ACOSTA			
OLFEN VILLAMIZAR SILVA			
JEFETH YIONISETI PUERTAS			
LUDWING SUAREZ PATIÑO			
MARISELA AREVALO AREVALO			
SERGIO ANDRES PATIÑO			
Jonathan Alexander Gelvez Romo			
Gregorio Antonio Leal Castro			
MARTIN EDUARDO HERRERA LEÓN			
MARTIN MORA HERNÁNDEZ			
NIXON MARTÍN LEAL ORTEGA			
BRIGYTTE CORREA VÁSQUEZ			
MAYRA ALEJANDRA JÁCOME FUENTES			
ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA AUDITORIA			
<p>Determinar el grado de cumplimiento de las actividades establecidas en el proceso de Gestión de Información y Comunicación, con el fin de generar las recomendaciones pertinentes, direccionado a los hallazgos hacia la consecuencia de una mejora continua de cumplimiento de los procedimientos actividades y riesgos, establecidos en el respectivo proceso, en el periodo comprendido desde el 01-03-2022 hasta el 28-02-2023, con el fin de generar las recomendaciones que conduzcan al mejoramiento continuo del área auditada.</p>			

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA	FECHA: MAR 2021
		PAGINA 1 de 11


ASPECTOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
Proceso		Responsable del proceso	
GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		DORIS ANGARITA ACOSTA	
Fecha de apertura	Fecha de cierre	Fecha elaboración informe	Tipo de auditoría
01/03/2023	29/03/2023	28/03/2023	PROGRAMADA
Auditores		Auditados	
MAYRA ALEJANDRA JACOME FUENTES		DORIS ANGARITA ACOSTA	
MARTIN MORA HERNANDEZ		OLFEN VILLAMIZAR SILVA	
NIXON MARTIN LEAL ORTEGA		JEFETH YIONISETI PUERTAS	
BRIGYTTE CORREA VASQUEZ		LUDWING SUÁREZ PATIÑO	
		MARISELA AREVALO AREVALO	
		SERGIO ANDRES PATIÑO	
		JONATHAN ALEXANDER GELVEZ	
		GREGORIO ANTONIO LEAL	
Objetivo general			
Determinar el grado de cumplimiento de los procedimientos establecidos en el área de Gestión de la Información y Comunicación generar las recomendaciones pertinentes, direccionando los hallazgos hacia la consecución de una mejora continua en el respectivo proceso, procedimientos, actividades y registros			
Alcance			
Revisión, inspección ocular a la documentación y confrontación del cumplimiento de cada una de las actividades que componen los Procedimientos del área de Información y comunicaciones, desde el 01 de Marzo del 2022, hasta el 28 de Febrero del 2023.			
Metodología			
El seguimiento practicado se realizó tomando en cuenta los criterios de Auditoria, entrevistas e inspecciones oculares de la documentación los procedimientos, Manuales que conforman el proceso de Gestión de la Información y Comunicación, determinando las fortalezas y debilidades en el desarrollo y ejecución de las mismas y realizando su respectiva confrontación de donde se generaran las recomendaciones y acciones de mejora pertinentes basadas en los hallazgos.			
Criterios			
Los elementos de verificación, confrontación y evaluación en la presente Auditoría, están determinados por: Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA – CGD) El Manual de procesos y procedimientos, el manual de funciones, código de ética, resoluciones internas, normatividad tanto interna como externa que afecte el proceso objeto de la evaluación. Resolución 4445/96 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título IV de la Ley 09 de 1979 y normatividad tanto interna como externa que afecten el proceso objeto de la evaluación, Ley estatutaria 1715 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Decreto 1757 de 1994 por el cual se reglamenta las modalidades de			

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA	FECHA: MAR 2021
		PAGINA 3 de 11

	evidenciando la actualización del 2022 y socialización a través de los diferentes correos institucionales.					
04	<u>Mapa de riesgos</u> : una vez verificado el aplicativo, no se evidenció actividades de riesgos registradas. Por lo anterior se deja la observación para que socialice con el equipo de trabajo y definan los riesgos por proceso y por corrupción. (Acción preventiva)	Gestión de información y comunicación- Aplica para todos los coordinadores de los procesos			x	Mapa de Riesgos
05	<u>Plan de mejoramiento</u> : se constató que aunque se realizaron los cambios en los 3 hallazgos de la anterior auditoria, no se ven reflejados en el aplicativo PUM, los cuales deben ser cargados a la plataforma con sus respectivos soportes. (Acción correctiva)	Prensa		x		Plan Único de Mejoramiento
06	<u>Indicadores</u> : Se evidencia el cumplimiento y los soportes de los indicadores, en excepción el 1719, se hace la observación de revisar el porcentaje de la calificación, ajustándolos a la meta real obtenida. (Acción preventiva)	Prensa			x	Indicadores
07	Se evidencia el cumplimiento de la creación, actualización y desactivación de usuarios, con relación a las actividades 01, 03 y 04 del diligenciamiento del formato IC-FO-013, una vez es resuelta la solicitud.	Creación, actualización y desactivación de usuarios (sistemas)	x			Manual de procesos y procedimientos
08	Tras la verificación documental del procedimiento de la actividad N°06 y N°08 se deja la observación de ajustar el procedimiento, ya que no es manejado por ticket, si no en físico junto al profesional encargado. (Acción preventiva)	Creación, actualización y desactivación de usuarios (sistemas)			x	Manual de procesos y procedimientos


	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION			CODIGO: CI-FO-005	
				VERSION: 3	
	INFORME DE AUDITORIA			FECHA: MAR 2021	
				PAGINA 5 de 11	

	018 se evidencia el respectivo diligenciamiento generando cumplimiento de la actividad.	oficiales Externas (cegdod)				procedimientos
15	Continúa la desactualización del Manual de Control Documental cuya última versión es de Noviembre de 2019, no se observa el requerimiento de actualizar cada dos años confirmando el hallazgo anterior de no conformidad. (Acción correctiva)	Gestión de Comunicaciones oficiales Externas (Planeacion)		x		Manual de procesos y procedimientos
16	Verificando las actividades que aparecen en el procedimiento, se evidencia el cumplimiento de manera centralizada y normalizada, frente a los servicios de recepción, radicación y distribución de las comunicaciones externas. Sin embargo se observa que la planilla de registro de comunicaciones oficiales y la planilla de mensajería no presenta membrete oficial. (Acción preventiva)	Gestión de Comunicaciones oficiales Externas (cegdod)			x	Manual de procesos y procedimientos
17	En base a la inspección ocular referente a las bodegas visitadas: Bodega #1 ubicada en la plaza de ferias, se evidenció la clasificación y selección de los documentos que han cumplido su tiempo de retención en el archivo central con el fin de transferir al histórico o para su eliminación. Bodega #2 ubicada en el Terminal, se verifico que la documentación esta archivada cronológicamente y por procesos, también se observa que los colaboradores no llevaban el reporte laboral diario en las respectivas planillas. Bodega #3 ubicada en la calle 17 con av. 3, se realiza correctamente la clasificación documental con 155 instantes y 2300 cajas, se observa	Disposición Final de Documentos (cegdod)			x	Manual de Procesos y Procedimientos

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA	FECHA: MAR 2021
		PAGINA 7 de 11

22	Tras la verificación en la actividad # 3 sobre el formato Excel de tabulación hicieron el ajuste por filtro de cada proceso dando cumplimiento de acuerdo a las preguntas elaboradas, conforme a lo establecido en el manual de atención al usuario. Sin embargo queda la observación en la actualización del procedimiento. (Acción preventiva)	Evaluación de la satisfacción de los usuarios. (siau)			x	Manual de Procesos y Procedimientos
23	Se observó que en este procedimiento se realizó el ajuste general, siendo como primera actividad las interconsultas, y la inclusión de la descripción de las actividades, dando cumplimiento al plan de mejoramiento.	Intervención Social. (siau)	x			Manual de Procesos y Procedimientos
24	Confirmando en el procedimiento de las actividades realizadas satisfactoriamente por el auxiliar de información siau y el vigilante de turno frente al ingreso, siendo lo requerido por el usuario orientado en la entrada principal. Más sin embargo, continúa la observación de la auditoria anterior con respecto a la actividad # 7 correspondiente a la salida del visitante, aún no ha realizado el ajuste del procedimiento. Generando la no conformidad. (Acción correctiva)	Orientación e información al usuario (siau)		x		Manual de Procesos y Procedimientos
25	En la inspección ocular se comprobó el cumplimiento de las 11 actividades del procedimiento, excepto que el procedimiento no ha sido actualizado, y se sigue manejando el de la vigencia de 2018. Generando observación (Acción preventiva)	Participación social en salud (siau)			x	Manual de Procesos y Procedimientos
26	<u>Indicadores de Gestión:</u> conforme a los siguientes indicadores: 1412, 1413, 1415, 1416, 1417, 1418,	Siau		x		Manual de procesos y procedimientos


	información, dejando la observación de ajustar el análisis con el soporte de manera coherente ya que el existente en el aplicativo está confuso. (Acción preventiva)					
31	<u>Plan de Mejoramiento:</u> verificando en el aplicativo los 3 hallazgos de la anterior auditoria vigencia 2021, 2 de ellos cumplen con el plan, pero 1 no se muestra reflejado en el aplicativo PUM, el cual debe ser cargado a la plataforma con su respectivo soporte. (Acción correctiva)	Tic		x		Plan de Mejoramiento
32	Mediante verificación de las 20 (veinte) actividades del procedimiento cumple en totalidad, siendo subsanado el hallazgo anterior referente al diligenciamiento del formato IC-FO-005 dando cumplimiento a cabalidad al plan de mejoramiento.	Elaboración, Modificación y/o Eliminación de Documentos (planeación)	x			Manual de Procesos y Procedimientos
33	Tras la revisión de la documentación soporte, se evidencia que se sigue incurriendo en la expedición de certificados mal elaborados. Se ha disminuido el número de certificados mal expedidos, pero continua presentándose. En los diferentes servicios. Transversal. (Acción preventiva)	Gestión y control de Certificados de nacidos vivos y certificados de defunción (Estadística)			x	Manual de Procesos y Procedimientos
34	Ante la inspección física y ocular realizada, fue constatado el no cumplimiento de las condiciones de infraestructura establecidos en el acuerdo No. 049 / del 2.000 de las características tales como: pisos, muros techos, y puertas de material ignífugo. (Acción preventiva)	Manual para la gestión de custodias de Historia Clínicas. (Estadística)			x	Manual de Procesos y procedimientos
35	Revisar la información pertinente al marcaje de expedientes dentro del proceso,	Ley de archivística			x	Manual de Procesos y procedimientos.

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA	FECHA: MAR 2021
		PAGINA 11 de 11

cargue en la plataforma de los planes únicos de mejoramiento PUM, así mismo realizar el seguimiento respectivo hasta la verificación del cumplimiento.

- 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.

ELABORADO POR:



MAYRA ALEJANDRA JACOME FUENTES
Líder de grupo Auditor



MARTIN EDUARDO HERRERA LEON
APROBADO POR
ASESOR DE CONTROL INTERNO DE GESTION