

INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA

Proceso Auditado:	Direccionamiento Estratégico - DIE
Fecha de la Auditoria	20 de Abril de 2022
Responsable del Proceso:	Gerente y líderes de los Planes Estratégicos
Equipo Auditor:	Asesor de Control interno
Objetivo:	Realizar la evaluación y seguimiento a los diferentes procesos, procedimientos, programas, proyectos y actividades de acuerdo con unas pautas establecidas en el Manual de Auditorías Internas, con el fin de asegurar la objetividad, transparencia, imparcialidad, eficacia y eficiencia de las mismas y así lograr un mejoramiento continuo en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia.
Alcance de la auditoria:	Revisar los Planes estratégicos, Plan Operativo Anual – POA, Comités Institucionales y Acuerdos de Gestión que se implementaron en el primer trimestre de 2022 y presentar el informe final al Comité de Control interno y Líderes de los planes estratégicos..
Personal Entrevistado.	Gerente Subgerentes Administrativo y de Atención al Usuario Líderes de los planes estratégicos Auxiliares Administrativo SIAU Auxiliar Administrativo Archivo General Auxiliar Administrativo Almacén Secretario del Comité bienestar social Técnico de sistemas Personal de la institución que tenga evidencias de las actividades de los diferentes planes estratégicos.
Documentación analizada (criterios):	1) Manuales y o planes estratégicos 2) Formatos con las actividades de los planes estratégicos 3) Resoluciones de adopción de los planes 4) Evidencias de las actividades realizadas en los planes 5) Página web institucional. 6) Actas y programación de los diferentes comités 7) Plan operativo anual - POA 8) Acuerdo de gestión y de junta directiva. 9) Formato de producción 10) PAMEC
Aspectos Favorables:	
1.	Se tienen los documentos con los siguientes planes: Plan de desarrollo, Plan operativo anual - POA, plan de vacantes, plan institucional de capacitación, plan estratégico de talento humano, Plan de trabajo del SG-SST, Plan de Previsión del Talento Humano, Plan institucional de archivo, programa de gestión documental, plan y mapa de riesgos anticorrupción, plan de auditorías internas, PAMEC, plan de adquisiciones, plan de mantenimiento y el Plan de acción de MIPG.
2.	Se cuenta con un proceso de direccionamiento estratégico caracterizado, que fue actualizado en el 2021 y que se está aplicando en el hospital.

Aspectos Favorables:

3. Se cuenta con una programación de los diferentes comités y grupos primarios.
4. Se tuvo la mejor colaboración por parte de la gerencia y los jefes de dependencia con el asesor de control interno durante el proceso de auditoría interna.
5. Se contó con evidencias para sustentar la realización de las actividades programadas en el año de 2.021.
6. Se cumplió con el cronograma establecido para la auditoría al proceso de direccionamiento estratégico.

Informe detallado de la Auditoría

1. Informe de Evaluación al Plan de Desarrollo Institucional y el Plan Operativo Anual- POA:

Objetivos:

- Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para el 1º trimestre del 2.022. Se evaluaron 5 líneas estratégicas, 24 objetivos y 456 actividades.
- Identificar los factores críticos de las líneas estratégicas, objetivos y actividades.
- Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento.

LINEAS ESTRATÉGICAS	% DE CUMPLIMIENTO
GESTIÓN FINANCIERA	44.58%
GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	19.34%
GESTIÓN DE PROCESOS	24.72%
GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LAS PERSONAS	24.35%
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	18.13%
CUMPLIMIENTO DEL PLAN	27.44%

Se evidencia que el cumplimiento del plan de operativo anual - POA En la línea estratégica 01 es muy bueno, de una forma aceptable en las demás líneas. En general el cumplimiento total del plan está dentro del porcentaje esperado.

RANGOS	Nro. TOTAL DE ACTIVIDADES	% TOTAL DE ACTIVIDADES
NA	137	30.04%
0	121	26.54%
1- 50	163	35.75%
51 - 80	11	2.41%
81 - 99	0	0.00%
100 o mas	24	5.26%
TOTAL	456	100.00%

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA

Informe detallado de la Auditoría

A continuación, presento un informe con las actividades por línea estratégica que no presentan cumplimiento con el fin de establecer los aspectos a mejorar para dar cumplimiento a la actividad:

Línea Estratégica 01 Gestión Financiera.

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 01 AC 05 – 06 - 07	Formular, implementar y evaluar planes de mejoramientos con base en el seguimiento semestral a la ejecución de los Planes Operativos Anuales de Actividades y al Plan de Desarrollo Institucional.	No se ha realizado la actividad
OB 01AC 08	Presentar un informe semestral, a la Junta Directiva de la ejecución del Plan de Desarrollo.	No se evidencia reunión de la junta al 1º trimestre.
OB01 AC 13	Realizar seguimiento semestral a la ejecución del Plan de Gestión Gerencial.	Se realizó en el mes de abril
OB 01 AC 18- 19-20	Preparar los acuerdos de gestión a ser desarrollados por los gerentes públicos y realizar el seguimiento (Subgerente de Servicios de Salud y Subgerente Administrativa).	No se ha realizado la actividad.
OB 02 AC 08 - 10-16-21	Presentar informes de ejecución presupuestal, de gestión de cartera, de cuentas por pagar y de financiera y contable al Comité de Sostenibilidad Contable y/o a la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado.	No se tienen evidencia de reuniones.
OB 03 AC 03	Presentar informes de facturación al Comité de Sostenibilidad Contable de la Empresa Social del Estado.	No se tienen evidencia de reuniones
OB 03 AC 06	Trasladar las glosas presentadas por las Entidades Responsables de Pago (ERP) a los funcionarios responsables de la respuesta.	No se presentaron glosas con detrimento..
OB 03 AC 09	Presentar informes al Comité de Glosas de la Empresa Social del Estado.	No se tienen evidencia de reuniones
OB 03 AC 17	Presentar informes de gestión de cartera al Comité de Sostenibilidad Contable de la Empresa Social del Estado.	No se tienen evidencia de reuniones
OB 04 AC 05	Evaluar las propuestas de contratos presentadas por las Entidades Responsables de Pago (ERP), previo a la suscripción de los contratos.	No se presenta ejecución
OB 04 AC 11	Tomar los correctivos que se requieran para lograr el cumplimiento del objeto contractual, cuando sea del caso.	No se tienen planes de mejora
OB 04 AC 17	Comprar equipos (Cifras expresadas en millones de pesos).	No se presenta ejecución
OB 04 AC 18	Comprar material para Rayos X (Cifras expresadas en millones de pesos).	No se presenta ejecución
OB 05 AC - 01 a la 06	Actualizar el sistema de costos en la entidad	No se realizó esta actividad
OB 07 AC 04	Presentar informes al Comité de Sostenibilidad Contable de la Empresa Social del Estado.	No se tienen evidencia de reuniones

Los Objetivos 6 y 8 no presentan actividades sin ejecutar

INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA

Informe detallado de la Auditoría

Línea Estratégica 02 La Participación y Satisfacción de los Usuarios

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 01 AC 05	Formular planes de mejoramientos con base en los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas.	No se evidencias planes de mejora
OB 01 AC 06	Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados de los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas.	No se han ejecutado
OB 02 AC 06	Elaborar, aprobar y publicar el Proceso de PQRSDF	No se ha realizado la actividad
OB 02 AC 10	Formular planes de mejoramientos con base en de la gestión de las quejas, reclamos, sugerencias, demandas y felicitaciones (PQRSDF) presentadas por los usuarios.	No se tiene evidencias de los planes.
OB 02 AC 11	Realizar la evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento del proceso caracterizado de las PQRSDF de la institución	No se ha realizado la actividad
OB 02 AC 19	Elaborar los planes de mejoramiento de los hallazgos encontrados en el seguimiento a la Política de Participación Social en Salud - PPSS	No se tiene evidencias de los planes.
OB 02 AC 20	Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento de la Política de Participación Social en Salud - PPSS	No se tiene evidencias de los planes.

Línea Estratégica 03 Gestión de Procesos

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 01 AC 04	Consultas por optometría.	No se ejecutaron
OB 01 AC 07	Sesiones de odontología especializada electivas.	No se ejecutaron
OB 01 AC 10 a la 15	Atención en salud por medicina general en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la primera infancia	No se ha comenzado estas actividades
OB 01 AC 49	Ecografías no obstétricas.	No se ejecutaron
OB 01 AC 54	Remisiones relacionadas con el trabajo de parto.	No se presentaron
OB 02 AC 03	Ejecutar las reuniones de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado	No se realizó al 1º trimestre
OB 02 AC 08	Dar publicidad a los actos administrativos de carácter general.	No se ejecutó la actividad
OB 02 AC 08	Realizar las reuniones de los comités, comisiones y grupos de trabajo institucionales: Comisión de Personal	No se ejecutó la actividad
OB 02 AC 19 , 20 21, 23, 28	Realizar las reuniones de los comités, comisiones y grupos de trabajo institucionales: Farmacia, de Glosas, de Historias clínicas, de Saneamiento contable y Control Interno Disciplinario,	No se tienen las evidencias de estas reuniones de comité.
OB 02 AC 33	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento formulados.	No se evidencia planes de mejora

El Objetivo 3 no presentan actividades sin ejecutar

Informe detallado de la Auditoría

Línea Estratégica 03 Gestión de Procesos

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 02 AC 35 a 37, 39 ,40 y 41	Realizar reuniones por áreas funcionales: Celadores, Conductores, Servicios Generales, Auxiliares Administrativas, odontología y Apoyo diagnóstico.	No se tienen las evidencias de estas reuniones
OB 02 AC 44	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento formulados.	No se tienen planes de mejora
OB 04 AC- 03	Realizar auditorías internas de calidad para verificar el cumplimiento de los Estándares de Habilitación de la Empresa Social de Estado.	No se evidencia la ejecución
OB 04 AC- 04	Formular Planes de Mejoramiento para cerrar las brechas de calidad y/o los hallazgos, derivados de las auditorías realizadas.	No se evidencia planes de mejora
OB 05 AC 02 - 06	Presentar los cronogramas, adoptar, publicar, socializar, implementar y evaluar y los procedimientos de auditorías internas y externas de calidad al Grupo Primario de Calidad.	No se evidencia la ejecución de estas actividades
OB 05 AC 10 Y 11	Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados de las auditorías clínicas y realizar su seguimiento.	No se tienen planes de mejora
OB 05 AC 13	Actualizar el mapa de riesgos asistenciales de cada área funcional de la Empresa Social del Estado.	No se tienen todos los mapas
OB 05 AC 15, 16 y 17	Realizar rondas de seguridad hospitalaria, elaborar planes de mejoramiento y realizar el seguimiento.	No se evidencia la ejecución
OB 06 04, 05 y 06	Formular planes de mejoramientos con base en las auditorías que sean realizadas en el marco del cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), ejecutar las actividades y hacer el seguimiento	No se evidencian planes de mejora
OB 06 AC 24	Implementar y evaluar la Política de Riesgos por procesos en la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia. Realizar plan de mejora.	No se tienen planes de mejoramiento.
OB 06 AC 35	Elaborar, aprobar, publicar y socializar el Plan de Acción del Modelo Integrado de Planeación y gestión - MPG	No se ha realizado al 1º trimestre
OB 06 AC 38, 39 y 40	Elaborar, adoptar, publicar e implementar el plan de mejoramiento de la evaluación al Plan de Acción del Modelo Integrado de Planeación y gestión - MPG	No se ha realizado al 1º trimestre

Línea Estratégica 04 Gestión del Desarrollo de las Personas

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 01AC 01	Establecer el presupuesto para del Plan Institucional de Capacitación - PIC para cada vigencia	No se ha ejecutado
OB 01 AC 03	Socializar el Plan Institucional de capacitación - PIC incluyendo una charla mensual sobre la humanización de la prestación de servicios.	No se evidencia la Socialización
OB 01 AC 06, 07 y 08	Formular planes de mejoramientos con base en el seguimiento trimestral a la ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) de cada vigencia. Ejecutar y realizar el seguimiento a las actividades del plan.	No se evidencia plan de mejora
OB 01 AC 10	Suministrar documentación impresa y o en medio magnético referente a los temas tratados en las actividades de inducción y reinducción.	No se evidencia la ejecución

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com

INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 01 AC 11	Realizar una capacitación grupal mensual para todo el personal de la institución	No se evidencia la ejecución
OB 02 AC 03	Socializar el Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales para cada vigencia.	No se evidencia la Socialización
OB 02 AC 05	Realizar seguimiento trimestral a la ejecución del Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales definido para la institución en cada vigencia.	No se ejecutó el seguimiento
OB 02 AC 06 a 09	Formular planes de mejoramientos con base en el seguimiento trimestral a la ejecución del Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales	No se han ejecutado
OB 03 AC 05	Ejecutar las actividades programadas en los planes de mejoramiento de las evaluaciones a los planes estratégicos como son Plan de Vacantes, de previsión del talento humano PETH	No se evidencias planes de mejoramiento
OB03 AC 06	Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento de los planes estratégicos como son Plan de Vacantes, de previsión y PETH del talento humano	No se evidencias los planes de mejora
OB 03 AC 15	Revisar las normas relacionadas con el manejo del recurso humano y mantener actualizado el normograma del proceso de gestión del talento humano - GET consultando además de forma periódica las paginas institucionales de DAFP, CNSC, ESAP, Presidencia entre otras para realizar las modificaciones de la Política Institucional.	No se ejecutó la actividad
OB 03 AC 16	Gestionar y actualizar ante la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) la convocatoria a concurso para suplir las vacantes definitivas de los empleos del Sistema General de Carrera Administrativa que se encuentran provistos en provisionalidad.	No se ejecutó la actividad
OB 03 AC 18	Realizar evaluaciones de desempeño a los empleados públicos vinculados en provisionalidad y en servicio social obligatorio y a los trabajadores oficiales, según el instrumento adoptado por la Empresa Social del Estado..	No se ejecutó la actividad
OB 04 AC 07	Realizar el Seguimiento a las actividades programadas en el plan de mejoramiento del SG-SST	No se realizó el seguimiento
OB 04 AC 08	Actualizar la matriz de identificación, valoración y manejo de los riesgos y peligros laborales del SG-SST de la Empresa Social del Estado.	No se ejecutó la actividad
OB 04 AC 14, 15 y 16	Formular planes de mejoramiento según los hallazgos de las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, ejecutar las actividades y hacer el seguimiento.	No se evidencia los planes de mejora
OB 04 AC 19	Actualizar y socializar el Manual de Normas de Bioseguridad por áreas.	No se ejecutó la actividad

Línea Estratégica 05 Gestión de la Infraestructura Física y Sistemas de Información

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 01 AC 01	Descargar las guías y la normatividad sobre la técnica de accesibilidad, el manejo de datos abiertos, manejo de redes, ejercicios de participación, sistemas de Información, de los servicios tecnológicos y estrategia de gobierno en línea que propone el DAFP	No se ha ejecutado esta actividad
OB 01 AC 03	Realizar jornadas de socialización a los funcionarios encargados del manejo del Plan Estratégico de la Tecnología de la información – PETI, el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.	No se ha socializado el PETI

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com

Nro.	Actividad	Observaciones
OB 01 AC 05 - 08	Realizar seguimiento trimestral a la ejecución de actividades contenidas en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, elaborar plan de mejoramiento, ejecutar actividades y hacer el seguimiento	No se ejecutó las actividades
OB 01 AC 10	Comunicar a los diferentes jefes de dependencia que deben pasar en forma continua los documentos que se deben montar a la página con el fin de cumplir con la ley de transparencia y acceso a la información con el fin de mantenerla operando y actualizada.	No se tienen evidencias
OB 01 AC 14	Realizar jornadas de capacitación a los funcionarios encargados del manejo de la página web, sobre los criterios de accesibilidad, ejercicios de participación, datos abiertos, sistemas de Información, de los servicios tecnológicos, Ley 1712 de 2014 como medio de modernización del estado. y estrategia de gobierno en línea.	No se han ejecutado las capacitaciones
OB 01 AC 16 – 19	Dar a las publicaciones en las redes sociales un tratamiento análogo al que se da al sistema PQRSDF. Elaborar planes de mejoramiento, ejecutar las actividades y realizar el seguimiento a las publicaciones.	No se tienen evidencias
OB 02 AC 05 y 06	Ejecutar las actividades programadas en los planes de mejoramiento establecidos en la evaluación del Programa de Gestión Documental - PDG y el Plan Institucional de Archivo – PINAR y realizar el seguimiento	No se evidencia plan de mejora.
OB 02 AC 07 y 08	Elaborar, adoptar, publicar, socializar e implementar el proceso de los documentos electrónicos de archivo - SGDEA	No se han ejecutado las actividades

1.1. Conclusiones de los Planes de Desarrollo y el POA.

- El Plan Operativo Anual – POA se realizó un ajuste y se recomienda que sea socializado con los diferentes grupos primarios.
- Se está evaluando de forma trimestral por parte de Control interno a través del Plan Operativo Anual – POA y los resultados son presentados en el comité institucional de gestión y desempeño y entregados en forma electrónica al gerente, subgerentes y jefes de dependencias.
- Al revisar las actividades del POA se observa que en algunas ocasiones y actividades no se tiene la evidencia.
- No se está realizando plan de mejoramiento para las actividades que no se están ejecutando en el trimestre.

2. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos:

Para el Primer trimestre de 2.022 se realizó la evaluación a los siguientes planes estratégicos. Ver Anexo con el informe de evaluación de cada uno de los siguientes planes realizado por control Interno y que es socializado por los correos internos y en la página web:

- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Adoptado Resolución No 016 enero 2.022.
- Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo. Adoptado Resolución No 030 enero 2.022
- Plan Estratégico de Talento Humano - PETH. Adoptado Resolución No 027 enero 2.022.
- Plan Anual de Vacantes. Adoptado Resolución No 029 enero 2.022.
- Plan Institucional de Capacitación - PIC. Adoptado Resolución No 026 enero 2.022.



INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA

- f) Plan Anual de Adquisiciones. Adoptado Resolución No 022 enero 2.022.
- g) Plan de Gestión Documental – PDG. Adoptado Resolución No 024 enero 2.022.
- h) Plan de previsión del talento humano. Adoptado por la Resolución No 031 febrero de 2022
- i) Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Adoptado Resolución No 025 enero 2.022.
- j) Plan anual de auditorías internas. Adoptado Resolución No 020 enero 2.022.
- k) Plan estratégico de la comunicación e información – PETI. Adoptado Resolución No 028 de enero 2.022
- l) Pla de Bienestar Social e Incentivos. Adoptado Resolución No 023 de enero 2.022
- m) PAMEC Adoptado Resolución No 036 enero 2.021

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESTRATEGICOS DEL 1º TRIMESTRE DE 2.022

Nombre de Plan	Actividad Cumplida Total y Parcial	%	Actividad No cumplida	%	Actividad Pendiente	%	Total Activid
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	23	46%	10	20%	17	34%	50
Plan Anual de Adquisiciones							
Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	7	28%	6	24%	12	48%	25
Plan Estratégico de Talento Humano – PETH	29	44.6%	13	20%	23	35.4%	65
Plan Anual de Vacantes	14	93.4%	1	6.6%	0	0%	15
Plan Institucional de Capacitación – PIC	1	4.3%	5	21.7%	17	73.9%	23
Plan de Bienestar social e Incentivos.	4	50%	3	37.5%	1	12.5%	8
Plan de Auditorías internas	8	14.8%	1	1.8%	45	83.4%	54
Plan de Gestión Documental – PDG.	17	45.9%	3	8.2%	17	45.9%	37
Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR	6	50%	0	0%	6	50%	12
Plan de comunicación e información PETI	14	56%	4	16%	7	28%	25
Plan de la Política de Participación Social en Salud - PPSS	10	41.7%	2	8.3%	12	50%	24
TOTAL DE ACTIVIDADES	133	39.3%	48	14.2%	157	46.5%	338

2.1. Conclusiones de los Planes Estratégicos:

- Están pendientes de realizar los planes estratégicos de Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información.
- El Plan del SG-SST tiene una partida presupuestal pero no está discriminado como dice el decreto 1072 de 2.015.
- En el plan institucional de capacitación se tienen capacitaciones sin definir las fechas para su ejecución se recomienda tener en cuenta las capacitaciones de los otros planes estratégicos que no están en el PIC de este año.
- No se evidencia planes de mejoramiento para las evaluaciones de los siguientes planes: el POA y los Planes estratégicos.

INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA

- Al plan de mejoramiento elaborado por el líder del proceso se recomienda que se realice el seguimiento en el comité de control interno.
- Se recomienda que se realice una mayor socialización de los planes estratégicos en los diferentes grupos primarios
- Se realizan algunas actividades de los planes, pero no se cuenta con las debidas evidencias lo que afecta el porcentaje de cumplimiento.

3. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales:

CUADRO DE SEGUIMIENTO A LOS COMITES DEL 1º TRIMESTRE DEL 2.022

COMITÉ	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
COMISIÓN DE PERSONAL	27	24	24	28	26	23	28	25	29	27	24	29
COORDINADOR DE CONTROL INTERNO	12		16			15			14		16	14
BIENESTAR SOCIAL		2			11			10			9	
ARCHIVOS			29	21				23			26	
COMPRAS	27	24	24	28	26	23	28	25	29	27	24	29
CONCILIACIÓN				12	11	8		10		5		14
EMERGENCIAS				27	25		13		7		9	
ÉTICA	22	9	23	20	18	15	13	17	14	12	16	14
FARMACIA Y TECNOVIGILANCIA	26		30		25		27		28		30	
GLOSAS			1	1		1		1		1		1
HISTORIAS CLÍNICAS	26	23	30	27	25	29	27	31	28	26	30	20
ROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	20	22	29	28	24	28	26	30	27	25	29	22
SOSTENIBILIDAD CONTABLE			1	1		1		1		1		1
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	20	22	29	28	24	28	26	30	27	25	29	22
DIRECTIVO		22	29	28		28		30		27		27
INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	12		29			29			28			21
PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	20	17	16	22	12	16	14	18	15	13	17	15
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL	1	1	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1
COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	20	22	29	28	24	28	26	30	27	25	29	22
NFECCIONES	25	22	29	26	24	28	26	30	27	25	29	27
GRUPO PRIMARIO DE CALIDAD	25	22	29		24		26		27		29	
CONVIVENCIA LABORAL		2	16		11			10			9	
Total de Reuniones programadas al 2.022	13	13	17									
Total reuniones realizadas al 1º trimestre 2022	1	9	15									
TOTAL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL 1º TRIMESTRE DEL 2.022 ES DE 58%												

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com

INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA

Son 23 Comités establecidos en el Hospital y presentaron actas de reuniones 14 Comités que equivale al 61%. Presentando el siguiente resultado de los compromisos pactado en las reuniones así:

Compromisos	Cant	% Cumpl
Cumplidas	34	34,69%
Pendientes	25	25,51%
Incumplidas	39	39,80%
TOTAL ACT.	98	100%

3.1. Conclusiones de los Comités:

- No se presentaron planes de mejoramiento de las reuniones de los distintos comités.
- En los formatos se tiene un cuadro con los hallazgos, las actividades a realizar, fecha, responsable y observaciones el cual sirve para realizar el seguimiento.
- El Manual de organización y funcionamiento de los comités es del 2.016 y no ha sido actualizado.
- La oficina de control Interno recomienda que se debe realizar una revisión por parte del área jurídica a las diferentes resoluciones de adopción de los diferentes comités con el fin de actualizarlos a los diferentes cambios de la norma.
- Se observan falencias de los deferentes secretarios de los comités para elaborar los diferentes planes de mejoramiento y en las actas.

Recomendaciones:

1. Se debe elaborar Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información y los formatos con las actividades.
2. Se debe incluir en el Plan Institucional de Capacitación para el 2.022 las capacitaciones que están pendientes en los diferentes Planes estratégicos y se debe establecer las fechas de las capacitaciones que no se han definido su realización.
3. Se recomienda dar cumplimiento a las reuniones de los diferentes comités y levantar las respectivas actas y planes de mejoramiento.
4. Se recomienda realizar los Acuerdos de Gestión con los subgerentes y evaluarlos.
5. Socializar en los grupos primarios los diferentes planes estratégicos.
6. Actualizar las resoluciones de adopción de los diferentes comités institucionales
7. Se debe de socializar en los diferentes grupos primarios el Plan Operativo Anual y los diferentes planes estratégicos y tener las respectivas evidencias de las actividades ejecutadas.
8. Se está presentando muy tarde las ejecuciones presupuestales lo que retarda mucho la realización de la auditoria de los procesos.
9. No se evidencia un acta y acuerdo de adopción del Plan Operativo Anual – POA para los 4 años y para cada una de las vigencias.
10. Se tienen falencias por parte de los secretarios de los comités en la elaboración de las actas y se utilizan varios formatos.

INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA



Conclusión General:

Es muy importante que una vez presentado el informe de auditoría por la oficina de control interno, o de los entes de control, se debe realizar los planes de mejoramiento en los formatos establecido para ello, presentarlos a la oficina de control interno para su seguimiento en el comité de control interno.

También es muy importante que los Planes estratégicos y el Plan Operativo Anual - POA deben de ser socializados con todo el personal de la institución ya que solo se están publicando en la página web institucional.

Firma de Auditor

Firma de Auditado

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: FO-COG-06	VERSIÓN: 2.0 - 2021.	PREPARADO POR: Oficina de Control Interno.
FECHA: 21 de Julio de 2.021	APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.	

